



Tu voz, mi voz, nuestra voz

Diabetes Mellitus 2 (DM2) e Hipertensión Arterial (HTA)

Influencia del rol del paciente en la adherencia terapéutica

GABRIELA BEDOYA

ANGELA DEL CASTILLO

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

SANTIAGO DE CALI

2015



Tu voz, mi voz, nuestra voz.

Diabetes Mellitus 2 (DM2) e Hipertensión Arterial (HTA)

Influencia del rol del paciente en la adherencia terapéutica

GABRIELA BEDOYA

1039956

ANGELA DEL CASTILLO

1036302

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR
EL TITULO DE TRABAJADORAS SOCIALES

DIRECTORA

SHEILA ANDREA GÓMEZ PEÑALOZA

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

SANTIAGO DE CALI

2015



AGRADECIMIENTOS

Hoy, es un día muy esperado, hace cinco años y con mucho esfuerzo ingresé a la universidad del Valle, orgullo personal pertenecer a tan anhelada universidad y de la cual somos pocos los afortunados.

Estoy dando cierre a un ciclo de mi formación académica, con muchos deseos de continuar preparándome para dar lo mejor de mí en cada intervención, porque corroboro cada día, que escogí muy bien la carrera que estudié, y que cada día aumenta mi plenitud al saber que puedo decir: soy Trabajadora social.

Es así, que quiero agradecer en primer lugar a Dios, quien me ha regalado la vida, la salud, la paciencia, las fuerzas para vivir cada día y dar lo mejor de mí. Mi madre que recuerdo cada día, y que aunque no estará conmigo viviendo este logro, sé que estaría muy feliz de verme toda una profesional.

Gracias doy a mi padre, que con esfuerzo, mucho esfuerzo, cubrió mis gastos a lo largo de mi carrera, y que desde niña estuvo apoyándome y mostrando la importancia de estudiar, de formarme en una universidad.

Mis hermanos, que siempre estuvieron a mi lado, mis profesores que me formaron, que se preocupaban por incidir en la vida de cada uno de sus estudiantes, y que comprendiéramos la belleza de la profesión que elegimos.

A Edwin que estuvo conmigo durante toda mi formación académica y mi vida personal, fue mi apoyo, mi paño de lágrimas, quien robo muchas sonrisas y me enseñó a ser mejor persona, a amar, gracias.

También, mi dedicatoria está dirigida a mi compañera de Trabajo de grado, Gabriela gracias por los aprendizajes, por los aportes para la realización de nuestro sueño, por el esfuerzo y dedicación, por ser paciente y comprensible, eres una gran persona.

Para finalizar, mi directora de Trabajo de grado Sheila, quien gracias a su exigencia, aportes, aclaraciones permitió que se lograra lo que hoy celebro, eres una gran profesional y guía.

Angela D.k.D

Ángela Del Castillo Dorado

Lao Tsé citaba *"El agradecimiento es la memoria del corazón"*, creo que no podría estar más de acuerdo con esta cita, pues agradecer nos recuerda lo importante que son las personas que se cruzan por nuestro camino por muy efímero que este encuentro llegue a ser.

En primer lugar, le agradezco a Dios por permitirme estar en este Universo rutilante y darme la vida y la fuerza para alcanzar esta meta.

A mi madre por ser simplemente ella, apoyarme en cada minuto de mi vida, nunca dejarme sola y darme todo su amor; A mi pequeña hermana por existir y recordarme lo hermoso que es tener un niño en el interior, sin ellas dos mi mundo estaría incompleto.

A mi padre por tratar y por quererme, y a mis abuelos, tíos y primos por ser mi familia y estar ahí.

A esa familia que he ido construyendo a través de los años a los cuales denomino "Amigos", a ellos mis más sinceras gracias por ser un pilar importante en mi vida, sin ellos muchas cosas no serían posibles, gracias especialmente a Vanesa por ser más que mi amiga mi hermana y a mis amigos del colegio quienes aún continúan caminando conmigo, gracias a Javier por el azul infinito, a mis compañeras de carrera Alejandra, Claudia, Diana, Teresa, Jenny, Erika, Andrea, liseth, erikita y a quienes no menciono de nombre, pero pienso en ellos cuando escribo, a mis amigos de facultades lejanas y cercanas quienes me ayudaron a aprender muchísimo más de lo que creen.

A mis profesores, especialmente a las profesoras Amparo Micolta León, Olga Lucía Moreno, Alba Nubia Rodríguez, Lady Betancourt, Maritza Charry y Carmen Lucía Giraldo por apasionarme hacia mi carrera y enseñarme lo que es ser una excelente Trabajadora Social, y a todos aquellos profesores que formaron parte de mi proceso académico y se esfuerzan en brindar lo mejor de sí a sus estudiantes

A mi compañera de tesis Ángela por dejarme conocerla mejor y aprender juntas en este proceso, por brindar su mejor sonrisa, para ella mis más grandes deseos hoy y siempre.

A mi directora de tesis Sheila por su paciencia y comprensión, sobre todo por tener la voluntad de ser nuestra guía y apoyo durante este proceso.

Y como no agradecerte a ti amor, Juan David, por ser y estar conmigo siempre.

A todos ellos mis más sinceras Gracias por haber formado parte de mi camino y permitir el aprendizaje mutuo, los llevo siempre conmigo.

Gabriela "Shibumi"

GABRIELA BEDOYA GARCÍA

RESUMEN

El presente trabajo se propuso analizar el rol del paciente y su influencia en la adherencia terapéutica en programas de prevención y control para la diabetes (DM2) e hipertensión (HTA) en la ciudad de Cali, con el fin de brindar una perspectiva desde el Trabajo social, entendiendo que la prevención y control de estas enfermedades crónicas constituyen un campo de intervención significativo para esta disciplina. Desde la voz de los pacientes y los profesionales que integran dichos programas se realizó el análisis de contenido de entrevistas etnográficas realizadas previamente en los estudios "Trayectorias de vida, estilos de vida y representaciones de personas diagnosticadas con enfermedad crónica no transmisible -ECNT-: diabetes e hipertensión en la ciudad de Cali," (2010-2012) y "Caracterización de los programas para la prevención y control de Diabetes Mellitus 2 e Hipertensión Arterial en Cali (Colombia)" (2013-2015), respectivamente, financiados con recursos de investigación de convocatoria interna de la Universidad del Valle.

Palabras claves: Rol- Paciente- Adherencia-Trabajo Social-Diabetes (DM2)- Hipertensión (HTA)

ABSTRACT

The present study aimed to analyze the patient's role and influence in the adherence in prevention and control programs for diabetes (T2DM) and hypertension (HTA) in the city of Cali, in order to provide a perspective from the social job, understanding that the prevention and control of these chronic diseases are a significant area of intervention for this discipline. From the voice of patients and the professionals in these programs, there where made content analysis of ethnographic interviews previously conducted studies in non-transmissible "Paths of life, lifestyles and representations of people diagnosed with chronic -ECNT-held: diabetes and hypertension in the city of Cali, "(2010-2012) and" Characterization of programs for the prevention and control of type 2 diabetes mellitus and hypertension in Cali (Colombia) "(2013-2015), respectively, financed Internal research convening of the Universidad del Valle.

Keywords: Adhesion -Role -Social Work Patient--Diabetes (DM2) -Hypertension (HTA)

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN.....	7
1. CAPÍTULO I - CONSIDERACIONES GENERALES	9
2. CAPITULO II - CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS.....	15
3. CAPITULO III - MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL.....	23
4. CAPITULO IV - MARCO CONTEXTUAL.....	35
5. CAPITULO IV - PRESENTACIÓN RESULTADOS : “MI VISIÓN SOBRE LA SALUD”.....	37
6. CAPITULO VI - “ESTABLECIENDO RELACIONES”	46
7. CAPITULO VII - “¿CÓMO HA CAMBIADO MI VIDA!”	55
8. CAPITULO VIII - “ESTO ES LO QUE FACILITA Y DIFICULTA MI PROCESO DE TRATAMIENTO”	70
9. CAPITULO IX - CONCLUSIONES.....	86
10. CAPITULO X - “UNA MIRADA DESDE TRABAJO SOCIAL”	90
11. BIBLIOGRAFÍA.....	95

INTRODUCCIÓN

El estudio que se presenta a continuación se realizó en el marco de la segunda fase de la investigación realizada en los años 2010 y 2012: **“Trayectorias de vida, estilos de vida y representaciones de personas diagnosticadas con enfermedad crónica no transmisible -ECNT-: diabetes e hipertensión en la ciudad de Cali,** cuyo objetivo fue conocer y comprender el proceso de enfermar de sujetos inscritos en los programas para la prevención y control de la Diabetes Mellitus 2 (DM2) e Hipertensión Arterial (HTA) de distintas instituciones de salud de la ciudad.

La segunda fase de este estudio, aún en marcha, tiene por título **“Caracterización de los programas para la prevención y control de Diabetes Mellitus 2 e Hipertensión Arterial en Cali (Colombia)”** cuyo objetivo es caracterizar los programas de distintas entidades de salud, para la prevención y el control de la DM2 e HTA en Cali, desde la voz de quienes los coordinan e implementan. Uno de los productos de este estudio es la realización de dos trabajos de grado de pregrado, siendo uno de ellos el presente documento.

De esta manera, se propuso con esta investigación cualitativa brindar una perspectiva sobre el rol que cumplen los pacientes dentro del proceso terapéutico, en los programas para la prevención y control de la Diabetes Mellitus 2 (DM2) e Hipertensión Arterial (HTA), y cómo influye en la adherencia terapéutica; Entendiendo la prevención y control de estas enfermedades como problema de salud pública, que se posicionan como un campo estratégico de intervención de Trabajo Social, pues su abordaje requiere de un esfuerzo multidisciplinar cuyo principal objetivo debe ser la búsqueda de una intervención profesional humanizada y coherente con los principios que orientan al Trabajo Social.

Para cumplir con este propósito, se implementó el método de análisis de contenido de entrevistas realizadas, en los estudios antes mencionados, a profesionales y

pacientes de una Institución Prestadora de Servicios (IPS) subsidiada y de una IPS contributiva de la ciudad de Cali.

En este orden de ideas, los apartados de este trabajo se han estructurado de la siguiente manera:

En el primero se encontrará el planteamiento del problema, de dónde surgió esta investigación, el sentido y los alcances que pretendía.

En el segundo se expone la metodología, en donde se podrá vislumbrar el proceso metodológico seguido por las investigadoras en el análisis de las entrevistas.

En el tercer acápite se presenta un marco de referencia conceptual que sirve de guía para el análisis de los datos de esta investigación

El cuarto capítulo presenta el contexto del estudio, brinda un panorama general sobre la DM2 e HTA en nuestro país.

A partir del quinto capítulo hasta el octavo se presenta el análisis que evidencia los resultados obtenidos en la investigación.

A continuación, en el capítulo nueve, se exponen las conclusiones a partir de los hallazgos de la investigación.

Ya para finalizar, se agrega un décimo capítulo en donde se brinda una perspectiva desde el Trabajo Social a la problemática estudiada.

Esperamos que este documento seduzca, interese y motive a los lectores a profundizar en el tema de estas enfermedades, comprendiendo las particularidades, generalidades y su proceso terapéutico.

1. CAPÍTULO I

CONSIDERACIONES GENERALES

El interés por el tema de investigación proviene de la lectura minuciosa del estudio, aún en marcha, que tiene por título “Caracterización de los programas para la prevención y control de Diabetes Mellitus 2 (DM2) e Hipertensión Arterial (HTA) en Cali (Colombia)”, que a partir de un ejercicio interdisciplinar de Trabajo Social, Sociología y Salud Pública, tiene como objetivo caracterizar los programas de distintas entidades de salud, para la prevención y el control de la DM2 e HTA en Cali, desde la voz de quienes los coordinan e implementan. Al ahondar en este estudio, se tuvo conocimiento de que es la segunda fase de un proyecto de investigación realizado entre 2010 y 2012, titulado “ Trayectorias de vida, estilos de vida y representaciones de personas diagnosticadas con enfermedad crónica no transmisible -ECNT-: diabetes e hipertensión en la ciudad de Cali-, cuyo objetivo fue conocer y comprender el proceso de enfermar de sujetos inscritos en los programas para la prevención y control de la Diabetes (DM2) e (HTA) de distintas instituciones de salud de la ciudad de Cali – Colombia. Dichos estudios han sido realizados por grupos de investigación de la Universidad del Valle (CEDETES, CEMIYA y Grupo de Salud Sexual y Reproductiva) y financiados con recursos de investigación de convocatoria interna de la misma institución educativa.

Conocer estas investigaciones permitió la familiarización y el conocimiento social de un tema que tradicionalmente ha sido estudiado, casi exclusivamente, desde el enfoque médico-sanitario. Por esta razón se identificó la pertinencia de seguir profundizando investigativamente para ampliar la comprensión de estas problemáticas en salud, desde el campo del Trabajo Social. Los resultados de las investigaciones previas, evidenciaron la necesidad de continuar con el esfuerzo multidisciplinar, cuyo principal objetivo es la búsqueda de una intervención profesional humanizada, y coherente con los principios que orientan al Trabajo Social.

En este sentido, se consideró pertinente e importante, en esta oportunidad, profundizar en la humanización terapéutica; es decir centrar la atención investigativa en la relación entre pacientes y los profesionales que orientan su atención médica. Interesó recuperar y contrastar estas voces; puesto que el modelo actual de salud está evolucionando hacia un marco relacional, en el que el paciente se corresponsabiliza de su atención y juega un papel fundamental en la relación con los profesionales médicos que los atienden y en su propio proceso de mejoría.

Así pues, para abordar el tema del rol del paciente en el proceso terapéutico, se consideró adecuado realizar un acercamiento bibliográfico desde el Trabajo Social, sin embargo, al no encontrar mucha información desde el mismo, fue necesario recurrir a estudios provenientes de otras disciplinas, principalmente de la medicina, por medio de la consulta de trabajos de grado. De esta manera, se identifica que no se habla de la categoría de rol propiamente dicha, sino que en las investigaciones sobre el particular, se aborda la relación médico-paciente mostrando los factores que influyen en el proceso de interacción, sobresalen aspectos evaluativos sobre la efectividad de las intervenciones y de cómo los pacientes caracterizan la atención en los programas, además de la relación instrumental establecida entre el profesional y el paciente.

En el ámbito internacional se encontraron tres investigaciones:

- *La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: del paciente pasivo al paciente activo.* España González, (2014). Este estudio señala que debido a los cambios sociales, demográficos, económicos y culturales que se han producido en los últimos años, el modelo asistencial va evolucionado en los diversos sistemas de salud de nuestro entorno. Con este estudio dio la oportunidad a los pacientes de que interactuaran con otros. Lo anterior permitió mejorar la experiencia de la enfermedad crónica reconociendo que con un buen autocuidado y responsabilidad del paciente se puede tener mejora en la calidad de vida.

- *Toma de decisiones compartidas y medicina mínimamente impertinente en el manejo de las enfermedades crónica.*, Perú ,Zeballos et al. (S.A). Este estudio permitió dar cuenta de la importancia del paciente en su tratamiento y recuperación. El médico involucra al paciente en un intercambio de información donde el profesional claramente expone los posibles tratamientos y el paciente por su parte comparte sus expectativas, objetivos de salud y de vida, de igual forma habla de sus interacciones laborales, experiencias personales y demás, con el fin de que ambos puedan construir la mejor propuesta para mejorar la calidad de vida del paciente.
- *Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina.* Perú , Ramos (2008). Mediante este estudio observacional de tipo encuesta se pretendía determinar la percepción, por parte de los usuarios de consulta externa, de la calidad de su relación médico-paciente y su asociación con las características del médico y el paciente en el Departamento de Medicina, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao, Perú, hospital docente. Concluye que la relación médico-paciente, considerada como la mayor potencia recuperadora de la salud, está hoy amenazada por los cambios que afectan la práctica médica.

Resumiendo en los tres estudios se logra evidenciar que se le brinda un lugar importante al paciente para escuchar su experiencia de lo que es padecer una enfermedad crónica y reconocer que mejorar esta en sus manos, Además de la participación en la toma de decisiones frente al tratamiento médico propuesto por el profesional de la salud y la importancia de una buena relación médico-paciente para propiciar la mejoría de este último.

En el ámbito nacional se encontraron dos investigaciones:

- *factores relacionados con la adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial asistentes al programa institucional del hospital local del Municipio de Suarez.* Gómez (2014). Este estudio aplicó una metodología observacional, descriptiva con aplicación de método cuantitativo y cualitativo con enfoque etnográfico, aplicación de encuesta individual y grupo focal, lo anterior para dar cuenta de los factores relacionados con la adherencia terapéutica de los pacientes diagnosticados con HTA y que asisten regularmente al programa de intervención. Como resultado se obtuvo que los pacientes establecen un vínculo afectivo con el médico, el cual se reanuda durante los controles, sienten satisfacción con la atención, aunque algunos expresan dificultades para acceder al sitio de atención o institución de salud y a los medicamentos antihipertensivos. En este proceso también afloran factores relacionados con el paciente: sociales, culturales, económicos, creencias y la red familiar. El tratamiento debe llevarse a cabo de manera integral.
- *Efectos de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel.* Achury et al (2013). Este estudio realizó una medición pre y post con la participación de 83 pacientes. El plan educativo ayudó a mejorar tanto la capacidad de autocuidado, las intervenciones a partir de las necesidades individuales de información, además del empoderamiento del individuo y el arduo seguimiento por parte del profesional de enfermería posibilitó que se adquirieran buenas conductas de autocuidado y conocimiento sobre la enfermedad, lo cual permitió que estas personas modificaran hábitos en sus formas de vida.

Entre las tesis consultadas a nivel regional encontramos que la mayoría de las que disciplinas que abordan el tema de la intervención con pacientes diagnosticados con DM2 e HTA, aportan información sobre magnitud y causalidad, nuevamente señalan la importancia que cobra la relación médico-paciente para que se dé

adherencia al tratamiento médico, abriendo un espacio de comprensión y escucha para quien padece la enfermedad.

Después de haber realizado esta revisión bibliográfica, se consideró que indagar sobre el rol del paciente en el proceso terapéutico, permitiría identificar influencias de éste en la adherencia terapéutica. Lo anterior, con el fin de vislumbrar la importancia de esa interacción entre profesionales y pacientes, y la concepción que se tiene sobre el lugar que este último ocupa, además de la participación que deben tener ambas partes en el proceso terapéutico, puesto que es en esa relación entre profesional y paciente donde se garantiza, en parte, la eficacia que pueda tener el proceso. De esta forma, contemplar esta situación desde la perspectiva del Trabajo Social podría facilitar y aportar a la mejoría integral de estos programas y de la atención al paciente como tal, igualmente proporcionar herramientas para futuras intervenciones del Trabajo social en el campo de salud.

De esta forma, la pregunta guía de esta investigación fue: ¿Cuál es el rol del paciente inscrito a los programas de prevención y control de Diabetes Mellitus 2 e Hipertensión Arterial y cómo influye en la adherencia terapéutica, visto desde la perspectiva de los pacientes y de los profesionales que orientan estos programas en una IPS subsidiada y una IPS contributiva de la ciudad de Cali?

Así, el objetivo principal fue identificar, explicar y analizar la influencia del rol del paciente en la adherencia terapéutica en programas de prevención y control de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial en una IPS subsidiada y una IPS contributiva de la ciudad de Cali.

Objetivos específicos:

- Identificar las acciones que llevan a cabo los pacientes dentro del proceso terapéutico de los programas de prevención y control de Diabetes Mellitus 2 e Hipertensión Arterial en Cali.

- Describir las expectativas de los profesionales que integran los programas de prevención y control de Diabetes Mellitus 2 e hipertensión Arterial en Cali, frente al proceso terapéutico de los pacientes.
- Describir la relación entre los pacientes y los profesionales dentro del proceso terapéutico de los programas de prevención y control de Diabetes Mellitus 2 e Hipertensión Arterial en Cali.
- Identificar el paradigma de salud desde el que se sitúan los pacientes y los profesionales que integran los programas de prevención y control de Diabetes Mellitus 2 e Hipertensión Arterial en Cali.
- Señalar los aspectos del papel del paciente que favorecen la adherencia al tratamiento en el proceso terapéutico de los programas de prevención y control de Diabetes Mellitus 2 e Hipertensión Arterial en Cali.
- Señalar los aspectos del papel del paciente que dificultan la adherencia al tratamiento en el proceso terapéutico de los programas de prevención y control de Diabetes Mellitus 2 e Hipertensión Arterial en Cali

2. CAPÍTULO II

CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

La presente investigación es un estudio de carácter exploratorio-comparativo. Exploratorio, pues con la revisión de la literatura se hallaron escasos antecedentes sobre rol que cumple el paciente dentro de los programas de prevención y control para la diabetes (DM2) e hipertensión (HTA). Del mismo modo es comparativo, por el contraste analítico que se hizo entre las IPS: una del régimen contributivo y una del régimen subsidiado dadas las diferencias en atención, estrato socio económico de las personas que se atienden, nivel educativo de las mismas y acervos culturales que acompañan a cada una de estas personas, además de la comparación realizada entre la perspectiva del paciente y la del profesional.

Esta investigación se realizó haciendo uso del método de análisis de contenido, bajo la aplicación de la técnica de análisis documental, a partir del uso de fuentes secundarias. El análisis de contenido se precisa como método de investigación para la descripción objetiva y sistemática del contenido manifiesto de las comunicaciones con el fin de poder interpretarlas (Berelson citado por Hernández, 1994). Es una aproximación empírica de análisis metodológicamente controlado de textos al interior de sus contextos de comunicación, siguiendo reglas analíticas de contenido y modelos paso a paso, sin una cuantificación de por medio (Mayring, 2000)

Así, en este estudio fue necesario recurrir a la revisión exhaustiva de entrevistas etnográficas previamente elaboradas dentro las investigaciones: “Trayectorias de vida, estilos de vida y representaciones de personas diagnosticadas con enfermedad crónica no transmisible -ECNT-: diabetes e hipertensión en la ciudad de Cali” y del estudio aun en marcha “Caracterización de los programas para la prevención y control de Diabetes Mellitus 2 e Hipertensión Arterial en Cali (Colombia)”. Lo anterior por dos razones: en primera instancia porque la riqueza de los contenidos de las entrevistas permitió explorar otras categorías analíticas

adicionales, que no fueron indagadas en los estudios originales; segundo porque no era factible contactar, de nuevo, a los pacientes y a los profesionales, participantes. Los primeros por el tiempo transcurrido desde la realización del primer estudio (2010); los profesionales porque las agendas institucionales, de cada IPS, no avalaron otras sesiones de entrevista.

CÓMO SE USÓ EL MÉTODO DE ANÁLISIS DE CONTENIDO

- Inicialmente se recolectaron las entrevistas originales transcritas, para ello se estableció contacto con las instituciones que implementaron los estudios previos; solicitando autorización para su uso en el estudio actual, es importante aclarar que se pidió una estricta confidencialidad en el uso de los datos, por lo tanto, dentro de este estudio, no podemos especificar nombres de los pacientes, ni de los profesionales y tampoco las IPS que participaron dentro de los estudios previos. Antes de revisar el valor descriptivo de estos archivos, las investigadoras hicieron una aproximación conceptual inicial al tema del rol del paciente dentro de un proceso terapéutico, para de esta manera no dejar de identificar aspectos relevantes de las entrevistas.

Concluida esta actividad, cada investigadora de manera independiente realizó una primera lectura de las entrevistas, poco direccionada por categorías previas. El propósito de este acercamiento fue reconocer, preliminarmente, que información contenían estos archivos y si podrían responder al interés de la investigación, a saber: datos explícitos e implícitos sobre el objeto de estudio. La unidad de análisis en la lectura fueron los temas, oraciones o enunciados, pertinentes con el objetivo de la investigación, de donde salieron las categorías de análisis posteriores. Se encontró que los textos de dichas entrevistas no eran explícitos, por el

contrario la mayoría de la información estaba revelada de manera implícita, lo que permitió descifrar mensajes ocultos. Los contenidos de las transcripciones dejaban ver aspectos relevantes para este estudio, que originalmente no fueron explorados por las investigaciones originales.

- En total se llevó a cabo la lectura de 29 entrevistas de profesionales (médicos generales, internistas y familiares, nutricionistas, fisioterapeutas, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, odontólogos, gerontólogos) y 20 pacientes de diferentes rangos de edad (entre 23 y 63 años), diferentes ocupaciones (empleados, profesionales, estudiantes, amas de casa, jubilados, trabajadores informales) y diferentes niveles educativos y económicos.

Durante este proceso se codificó la información, identificando y cambiando las características relevantes del contenido a categorías que permitieron describirse y analizarse desde otro ángulo. De esta forma, se inició la lectura individual minuciosa de las entrevistas, en donde se analizó cada pregunta realizada a la luz de los objetivos específicos de esta investigación, de tal manera que se pudiesen encontrar *palabras* o *segmentos de contenido* que logran ser descritos, categorizados analizados e interpretados. Algunas de las preguntas que más insumos brindaron fueron las referentes al concepto de salud que tenían los entrevistados y su calificación de los programas. Así mismo, también existió una preocupación por generar unidades de contexto, es decir, unidades de análisis más amplias que permitieran conocer y analizar la información contextual de los pacientes y profesionales dentro de cada uno de sus regímenes, que complementara la información recogida en las categorías. Esto implicó, además, hacer lectura de la reglamentación por la cual se rigen los programas de prevención y control de la DM2 e HTA.

- A partir de los objetivos específicos de este estudio, se procede a realizar una clasificación entre las entrevistas de profesionales y de pacientes, distinguiendo régimen de afiliación y la especialidad de los primeros. Así, se llevó a cabo una matriz para profesionales y otra para pacientes, con un espacio para observaciones analíticas e interpretativas. Cabe resaltar que esto fue realizado por cada una de las investigadoras, de manera independiente, para posteriormente contrastar la información y encontrar similitudes y divergencias respecto a lo que se consideraba hacía alusión a cada categoría de análisis propuesta y así mismo, profundizar en la aproximación conceptual de las mismas. Sin embargo, este primer proceso de organización y contraste de información no fue del todo significativo, por el contrario dejó vacíos analíticos que debieron ser resueltos a través de replantear la matriz original.

La ordenación de esta primera matriz de análisis se puede evidenciar en las siguientes imágenes.

Matriz inicial profesionales

Información del entrevistado	Objetivo número 1 Identificar las acciones que lleva a cabo el paciente dentro el proceso terapéutico visto desde el mismo y el profesional del programa	Objetivo número 2 relación entre los pacientes y los profesionales	Objetivo número 3 influencia de las normas institucionales en las acciones de los pacientes.	Objetivo número 4 Factores que limitan el lugar que el profesional le otorga al paciente dentro del proceso terapéutico.	Observaciones y preguntas
Paciente régimen contributivo, Hombre, hipertenso	“mejorar el sistema de comer, de cómo comer, muy poco, ser muy balanceado, incluso baje mucho de peso, ahora estoy subiendo no sé por qué, y estamos trabajando en eso, con mucho ejercicio. Pues sí ha significado algo porque ya no puedo hacer mis cosas cotidianas que hacía antes, como todo buen	“sí él no me dijo de que proviene, sólo me dijo: “cuidese con las harinas, de las harinas proviene o causa azúcar, todo lo que es arroces, papa, yuca, todas esas cosas, cuidese de eso, si va a comer coma muy poquito, la comida que le va	“el Programa está bueno, está muy bueno, lo que pasa es que no debería haber tanta tramitología” “No sé si es que se me sube por eso, pero si me he estresado, una vez salí de trasnocho y la doctora me había dicho “lo atiendo a las 7, vaya lo atiendo de primero” así trasnochado me fui y llegó la doctora como a las 7 y 20 y en le dije “doctora aquí estoy”, me dijo “está siguiendo las indicaciones”, le dije	“costumbre cultural”	Creencias personales como fuente principal de

Matriz inicial profesionales

Información del entrevistado	Objetivo número 1 Identificar las acciones que lleva a cabo el paciente dentro el proceso terapéutico visto desde el mismo y el profesional del programa	Objetivo número 2 relación entre los pacientes y los profesionales	Objetivo número 3 influencia de las normas institucionales en las acciones de los pacientes,	Objetivo número 4 Factores que limitan el lugar que el profesional le otorga al paciente dentro del proceso terapéutico.	Observaciones y preguntas
Paciente régimen contributivo, Hombre, hipertenso	“mejorar el sistema de comer, de cómo comer, muy poco, ser muy balanceado, incluso baje mucho de peso, ahora estoy subiendo no sé por qué, y estamos trabajando en eso, con mucho ejercicio. Pues sí ha significado algo porque ya no puedo hacer mis cosas cotidianas que hacía antes, como todo buen	“si él no me dijo de que proviene, sólo me dijo: “cuidese con las harinas, de las harinas proviene o causa azúcar, todo lo que es arroces, papa, yuca, todas esas cosas, cuidese de eso, si va a comer coma muy poquito, la comida que le va	“el Programa está bueno, está muy bueno, lo que pasa es que no debería haber tanta tramitología” “No sé si es que se me sube por eso, pero si me he estresado, una vez salí de trasnocho y la doctora me había dicho “lo atiende a las 7, vaya lo atiende de primero” así trasnochado me fui y llegó la doctora como a las 7 y 20 y en le dije “doctora aquí estoy”, me dijo “está siguiendo las indicaciones”, le dije	“costumbre cultural”	Creencias personales como fuente principal de

- Con esta lectura inicial se evidenció una deficiencia analítica. Esta organización, no aportaba información relevante, ni específica; era demasiado general; además no contribuía al propósito comparativo. Por estos motivos se rediseñaron estas matrices. En adelante se reorganizó una por cada objetivo específico y se clasificó la información de todos los actores (pacientes o profesionales) de acuerdo a la EPS correspondiente. Con esta reacomodación se lograron enriquecer las categorías de análisis, y el volumen de información a analizar se fue reduciendo, lo cual contribuyó a pulir las respuestas a los objetivos específicos. Es decir se orientó más concretamente la definición de los capítulos descriptivos y el análisis de la información fue mucho más sencillo.

El rediseño de las matrices se puede evidenciar en las siguientes imágenes.

Matriz final profesionales-

Objetivo 1.										
1. Identificar las acciones que lleva a cabo el paciente dentro el proceso terapéutico visto desde el mismo y el profesional del programa.										
Entidad	Médico Internista	Médico General	Médico familiar	Psicólogo, T.S. o gerontólogo	Nutricionista	Odontólogo/higienista	Fisioterapeuta	Auxiliar de enfermería	Enfermera	OBSERVACIONES
Régimen contributivo	<p>“Pacientes son muy... hay mala adherencia al tratamiento y por eso son las complicaciones y la progresión de la enfermedad porqué son inasistentes”</p> <p>“Es buena pero uno se da cuenta que los pacientes son muy... hay mala adherencia al tratamiento y por eso son las</p>	<p>“enfocar al paciente en la consulta pero de una manera muy <u>inte...</u> lo más integral posible para que el paciente no se vaya solamente una información si no que el paciente se motive a que tiene que cuidarse para evitar esas complicaciones que tiene estas enfermedades</p>		<p>“Ah! No, pues todo, hipertensi^ón, diabetes, definitivamente es el resultado de unos malos hábitos en la vida, definitivamente, yo creo que uno si los puede controlar; obviamente hay algunas</p>	<p>“la desinformación y la poca educación diabetológica que existe es una enfermedad que se convierte en una condición clínica cuando ya la persona se educa es más bien un trastorno de la conducta alimentaria y del poco autocuidado</p>		<p>“Si casi siempre, cuando el paciente es nuevo y entonces la ayuda que él nos ha dado en, el manejo de ese paciente, por ejemplo cuando es el paciente joven, entiende más fácil todo, lo de la matemática tú le explicas por lo de la frecuencia cardiaca, lo</p>	<p>“Por ejemplo el nutricionista que tenemos es diabetólogo, entonces la ayuda que él nos ha dado en, el manejo de ese paciente es muy, muy chévere y el, y el, el terapeuta físico también, maneja mucho la parte del ejercicio en ese paciente y hemos trabajado como, hemos tratado de hacer como un</p>		<p>Dentro de la perspectiva de una IPS del régimen contributivo, se puede observar que una de las principales dificultades en el accionar del paciente se encuentra en la falta de información y en la adherencia a los tratamientos, así mismo, podría decirse que existe una poca</p>

		o que ni siquiera miran la formula y a pesar de que uno les dice mil veces en la consulta igual ellos lo siguen tomando como se...”								
Régimen subsidiado		“Uno les pregunta qué está tomando, lo que usted me mandó, y qué le mande, ahí está la historia clínica doctor, si pero yo necesito corroborar lo que usted está tomando y si me está diciendo la verdad, y la única manera es que me diga qué está tomando...” “Lo más	“ Si sobre todo eso, exacto. También ¿no se? Hay rumores de que esa droga te daña el riñón ¿cierto? La droga de la diabetes; los pacientes tienen muchos	“Apoyo grupal permitirles a ellos las expresiones, eso es una cosa pues fundamental” “Cuando el mismo paciente refiere problemáticas o cosas pues diferentes		“ambos, ambos, ambos son juiciosos mira que yo he notado que son pacientes que, que por lo general terminan su tratamiento si, hasta que de hecho uno de los ve muy constantes, ah usted vino ayer usted también vino tal entonces, y concluyen ósea por lo general la mayoría concluyen, obviamente otros no	“Si, los pacientes ellos son muy agradables, son muy agradecidos, se esfuerzan por hacerlo bien y mejor /ehh/ yo les exijo ellos dan eso es muy agradable /ehh/ el sitio, el sitio se presta a pesar pues de las incomodidades pero pues se presta, tenemos	“...porque es un adulto y aunque ellos saben de su enfermedad hay que estar encima de ellos” “ Si, eso me dicen pero Dios me ha curado Dios me sano, entonces uno le dice es cierto que sus culturas son respetables pero esto y esto le van a traer consecuencias...		En las IPS de régimen subsidiado, la preocupación por el paciente se hace un poco más notoria primando un paradigma de carácter higienista/preventivo en la mayoría de los casos, dado que, tienen más consideración hacia el contexto inmediato del

Matriz final pacientes

PACIENTES |

DM2

Objetivo	REGIMEN SUBSIDIADO	REGIMEN CONTRIBUTIVO
Identificar las acciones que llevan a cabo el paciente dentro el proceso terapéutico visto desde el mismo y el profesional del programa	<p>No, ya hace como un año pasado, casi desde que me diagnosticaron, yo dejé suspendí eso porque no, y pues como se dice yo consumo mi azúcar normal, no me excedo pero pues viéndolo bien normal todo, entonces ahí estamos que la doctora pues no me quiere sacar del programa, me ha puesto allí que soy, que diabética sin medicamentos, entonces ahí yo no sé pues, no me ha sacado del todo decir no, usted no es diabética, si no que me ha puesto que diabética sin medicamentos, luego”.</p> <p>“un poquito es que si de pronto uno va hacer una comida va a como balancearla ya que si hizo el arroz bueno hacer una ensalada que no lleve nada de grasa sino con meras verduras, porque hay unas cosas que son verduras o hortalizas o que entonces uno</p>	<p>Hay la diabetes, no se ósea ahorita a estas alturas del partido todavía me quedan rezagos de... ósea todavía tengo digamos una buena salud no entonces yo digo no ahorita todavía...por lo pronto me aguanto que ese cuanto de decirle a un cliente no que pena yo eso no lo pruebo porque es que yo soy diabética.</p> <p>pero inicie el programa y me mandaron para donde el psicólogo la psicóloga y hable con ella, ella me vio muy afectada y le dije que no que no perdiera el tiempo conmigo que igual ya igual si yo me iba a morir no iba a poner a estar en ese son a quitar la azúcar las harinas yo no iba a dejar nada ósea la reacción mía fue esa</p> <p>no ósea tengo un problema de gastritis sinceramente y cuando yo empiezo a tomar droga y a tomar droga a pesar que me tomo el omeprazol me siento mal cuando yo me tomo la <u>Menformina</u> eh yo siento mucho decaimiento</p>

1

FORTALEZAS Y LIMITACIONES EN EL USO DEL MÉTODO DE ANÁLISIS DE CONTENIDO

El análisis de contenido es un método exigente analíticamente porque implica interrogar e interpretar un texto (en este caso entrevistas escritas), por ello trabajarlos fue un reto para las investigadoras fortaleciendo sus habilidades descriptivas y analíticas.

FORTALEZAS

1. La principal fortaleza que tuvo el uso de este método, fue la producción de nuevo conocimiento, a partir de la riqueza textual previamente recolectada con propósitos distintos a los de esta investigación. De esta manera se brindó, una perspectiva diferente del tema y se complementaron aspectos que en un principio no se profundizaron.

2. Superar el reto de la clasificación de información, demandó poner en marcha toda la creatividad e ingenio de las investigadoras para ordenarla y así respondiera de forma eficaz a las necesidades establecidas previamente en este estudio.

LIMITACIONES

1. El escaso conocimiento previo del método y la técnica. No son muy trabajados dentro del proceso de formación profesional; ésto requirió un mayor compromiso y esfuerzo de las investigadoras por mantener la rigurosidad del ejercicio.

2. Una limitación reconocida en el uso de esta estrategia metodológica es que al basarse en el contenido manifiesto, puede correrse el riesgo de que cambie la orientación del análisis. En esta experiencia se tuvieron que cambiar las categorías de análisis y el concepto de rol, planteados inicialmente; al analizar los datos se percibió que eran insuficientes para resolver las expectativas e intereses investigativos planteados originalmente. De esta manera se replantea el objeto y el enfoque conceptual más acorde con los datos disponibles.

3. CAPÍTULO III

MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL

Para efectos comprensivos del propósito de esta investigación, se presentará la definición de los elementos constitutivos de cada uno de los conceptos claves. A saber: ***paradigmas de la salud, paciente, adherencia, no adherencia y rol.***

Los paradigmas en salud pública han modificado el accionar de los profesionales inmersos en ella a través del tiempo, así pues, los modelos contemplan las necesidades en salud, además de la perspectiva poblacional que se tiene.

Así pues, según Hernández et al (2012), existen cuatro paradigmas predominantes en el ámbito de la salud: Biomédico, Epidemiológico clásico, Higienista –preventivo- y socio médico o psicosocial.

El biomédico, tiende a mirar un único agente, biológico, causal de la enfermedad, ignorando otros factores que puedan intervenir dentro de la misma como los sociales. Por otra parte, el epidemiológico clásico contempla los factores de riesgos individual y grupal dentro de la causa de la enfermedad. En contraste con lo anterior, se encuentra el paradigma higienista-preventivo el cual considera que la salud depende del equilibrio entre el huésped, agente y ambiente.

En contraposición a los paradigmas anteriores se origina la perspectiva socio médica o psicosocial, que considera que la enfermedad es la resultante de la interacción deficiente entre los factores biológicos, psíquicos, sociales y culturales, dando una mirada más integral al proceso de atención en salud.

Teniendo en cuenta las perspectivas anteriores se presenta a continuación la definición del concepto de paciente y sus tipologías, que tienen diferentes definiciones e interpretaciones, de acuerdo al paradigma que los sustenten, el concepto de paciente, lo cual tiene relación con el paradigma que estos tengan de la salud.

Inicialmente se define el paciente como "...aquel sujeto que recibe o padece la interacción de un agente" (Casamayor, 2008:12). En este significado clásico, paciente es el término que se utiliza para reconocer a la persona bajo cuidados médicos. Implica una pasividad, la persona es tratada o cuidada por un profesional. Esta concepción desconoce la dimensión psicológica y social del individuo; que estará determinada por otros factores de la vida cotidiana.

Navarro (2009) plantea que los pacientes se pueden clasificar de diversas formas dependiendo el tipo de enfermedad que padecen y de sus rasgos psicológicos o de personalidad. Así, pueden presentarse pacientes emotivos, tímidos, introvertidos, abiertos, expansivos y extrovertidos. Habla de dos tipos:

"Paciente pasivo: Es propio del tipo de relación más tradicional. Es un paciente que acepta las indicaciones del médico sin prácticamente pronunciar palabra, asiente, obedece. No comunica demasiado.

Paciente activo. Es un paciente que se interesa por lo que le ocurre. Suele obtener información adicional a la que le da el médico a través de otros canales como, por ejemplo, Internet. Acude al médico con preguntas concretas, dudas o planteamientos terapéuticos y se suele sentir implicado en el seguimiento de su salud" (Navarro, 2009:2).

Estas tipología se verán explícitas en el proceso terapéutico, influyendo en que haya menos o más adherencia, es decir, prescripción a las orientaciones médicas. Martin (2004) se refiere a la adherencia terapéutica cuando hace alusión al uso de medicamentos por parte del paciente de una forma determinada, también es un concepto que incluye aspectos higiénico-sanitarios como seguir una dieta, no fumar, realizar ejercicios físicos regularmente, evitar el estrés, no tomar o al menos no abusar del alcohol; realizar visitas médicas periódicamente o cumplir con las que se han programado como parte del tratamiento, es decir, asumen su lugar de paciente desde un lugar activo donde se da una toma decisiones constante frente a lo que hará o no para mejorar su salud. Sin embargo, la autora

señala que dicha definición ha sido cuestionada por algunos profesionales del área de la salud, ya que en algunas ocasiones el término ***paciente*** no es el adecuado, pues este es empleado para hacer referencia a la obediencia del enfermo, al seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional de la salud, que lo ubica en un lugar pasivo y sumiso.

Desde esta perspectiva, se plantea que la adherencia al tratamiento depende de la conducta del paciente, pero también de la guía del médico, en la medida en que éste ofrezca las instrucciones del tratamiento con claridad, se asegure que el paciente comprendió las indicaciones y esté atento a su proceso terapéutico.

Se puede entonces concluir que la adherencia al tratamiento está influida por los conocimientos que el paciente tiene de la enfermedad y las consecuencias de ésta cuando no se trata. Es así, como el papel (o rol) que tenga el paciente dentro del proceso terapéutico afecta el control y manejo de la patología con ayuda y orientación del médico a cargo.

Para que este propósito se cumpla la autora mencionada, explicita algunas condiciones necesarias y pertinentes que deben ser asumidas por los actores intervinientes:

- a) Aceptación convenida del tratamiento entre el paciente y su médico, entendida como la relación de colaboración establecida entre médico y paciente, con vistas a elaborar la estrategia comportamental que garantiza el cumplimiento y la aceptación de esta por ambos.
- b) Cumplimiento del tratamiento. Medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas por el terapeuta.
- c) Participación activa en el cumplimiento. Grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento.

d) Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento, entendido como la medida en que la persona participa en la ejecución de las acciones realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones.

De otra parte Perlata y Carvajal (2008) plantean que la adherencia terapéutica está influenciada por factores como: primero, la relación médico-paciente, la buena comunicación y confianza entre estos; segundo, el paciente y su entorno, sus creencias, su entorno emocional, afectivo, su rol social, mitos sobre la salud, además de las condiciones sociodemográficas, el apoyo de su familia y personas de su entorno con quien se relaciona; tercero, la enfermedad a medida que aumenta la cronicidad el cumplimiento del tratamiento disminuye; cuarto, la terapéutica, cuando un tratamiento es corto y sencillo de seguir el paciente tiene mejor adherencia, pero cuando el tratamiento es largo, típico de las enfermedades crónicas, la adherencia es menor, o también cuando la vía de administración del medicamento requiere ayuda de otros para suministrarla.

En este sentido se reconoce que la relación médico-paciente, en el proceso terapéutico, incide en que el último se adhiera al tratamiento y sea consciente de la importancia de ello. De no ser así, habrá inadherencia. Los autores expresan que existen distintos tipos:

a) incumplimiento parcial: en este el paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos b) incumplimiento esporádico: la persona incumple ocasionalmente, puede ser por olvido de tomar el medicamento. C) incumplimiento secuencial: cuando el paciente se encuentra bien abandona el tratamiento y cuando aparecen los síntomas lo retoma d) incumplimiento completo: cuando el abandono al tratamiento es indefinido, esta situación es característica de las personas jóvenes y e) cumplimiento de bata blanca: solo se adhiere al tratamiento cuando está cerca la cita médica.

Adherencia y rol del paciente

Como se mencionó anteriormente, la adherencia terapéutica mantiene una estrecha relación con el rol del paciente. Por lo tanto es importante exponer los elementos constitutivos de este concepto y sus implicaciones. Para ello, se presenta la definición en retrospectiva; evidenciando las diferentes perspectivas teóricas que lo han abordado.

Al examinar etimológicamente la palabra rol se encuentra que proviene del latín “rotulus”, cuyo significado es rollo. Esta misma connotación le fue asignada en francés con la palabra “rôle” y en inglés con el término “role”. Con el transcurrir histórico su significado fue ampliándose. Hasta el siglo XVIII este término designaba un papel enrollado, usado al hacer mención de listas. Posteriormente se utilizó para designar un papel, con un contenido de interpretación; se utilizaba cuando alguien asumía una función o posición dentro de una obra escénica (refiriéndose al papel que se le asigna a un actor para representar).

La palabra rol fue usada en las ciencias comportamentales en la década de 1920, para brindar una explicación a ***la función o papel que alguien o algo cumple dentro de la sociedad***. Así se encuentran diversos representantes de la psicológica, antropológica y sociológica.

La psicología social, entiende el constructor de rol como la orientación atribuida a los individuos que comparten un mismo espacio social. Autores como Secord y Backman (1976) lo definen como una clase de comportamiento típico prescrito por la sociedad y la cultura; de esta manera tendrá implicado consigo normas y valores. Es decir conductas y juicios esperados que generalmente señalan las pautas de acción y de comportamiento de los individuos.

Esta descripción la complementa Sarbin (1995) cuando describe el rol como “la conducta que la sociedad espera de uno de sus miembros en una situación determinada”, asegura que tendrá tres componentes principales que permiten su análisis:

1. La percepción del rol, es decir, cuán bien ubica una persona su posición con respecto a otra.
2. La habilidad para presentarlo o desempeñarlo, refiriéndose a la forma como el individuo ejerce su rol en relación con su posición en la sociedad.
3. La organización de sí mismo, es decir, la autoimagen que tiene la persona.

En la misma línea, Aritzeta y Ayestaran (2003) realizan un análisis de las dinámicas grupales, en ellas el rol alude a la “función o conducta esperadas y atribuidas a alguien, que ocupa una posición determinada en una unidad social”. Estos autores aseguran que los individuos inmersos en las dinámicas grupales deben cumplir una función determinada para lograr la estabilidad de la unidad social (sociedad).

Se puede así observar que la psicología social brinda una perspectiva estructural del rol, al definirlo como resultado de la influencia y expectativas de la sociedad sobre el individuo, difuminándose en sus definiciones la capacidad de agencia del mismo hacia el rol que desempeña.

Desde la perspectiva **antropológica** se destaca el trabajo de Linton (1936). Este autor hace un acercamiento entre los conceptos de status y rol. Define el status como “la posición de un individuo en un contexto determinado, el status de cualquier individuo debe mirarse en relación con las diferentes posiciones que ocupa en toda la sociedad” (Linton, 1936:113). Entiende el rol como “el aspecto dinámico del status, es el ejercicio del mismo” (Ibíd, 1936:114). Asegura que el individuo es capaz de ocupar diversos status y así mismo, controlar en cierta medida la acción que ejerce al desempeñarlo. En este orden de ideas, afirma que status y rol son términos que no pueden estudiarse por separado. Los dos se verán influenciados por la cultura, los valores y las actitudes tanto del individuo como de la dinámica social. De lo anterior, encontramos que los planteamientos provenientes de la psicología social y la antropología son similares en cuanto a la definición de rol y cómo se desenvuelve en la sociedad.

En el campo de la **sociología**, el término rol forma parte de diferentes corrientes de pensamiento. Se destacan la perspectiva estructural funcionalista y la interaccionista.

Desde la perspectiva estructural funcionalista se ve la sociedad como un sistema complejo cuyas partes trabajan juntas para promover la solidaridad y la estabilidad. Las instituciones están compuestas por individuos, que al relacionarse con otros crean lazos de los cuales nacen roles específicos.

Uno de los principales exponentes del estructural funcionalismo es Talcott Parsons, quien define al rol como el “papel que el individuo desempeña dentro del sistema social de acuerdo a su status y en relación con los otros.” (Parsons, 1951:133). Entiende el status como la posición que tiene el individuo dentro de la sociedad y es determinado por ella, la cual envuelve sus roles, y tiene relación con el juego de expectativas, gratificaciones y recompensas. El individuo puede tener diferentes status dentro de la sociedad y por lo tanto tendrá diferentes roles.

En este orden de ideas, se debe tener en cuenta que existen funciones dentro de la sociedad y la cultura, las cuales pueden ser manifiestas (conocidas e intencionadas) o latentes (desconocida por la persona). Merton afirma que dentro de dichas funciones existen status, (entendiendo a este como la posición ocupada por el individuo dentro de la sociedad), que a su vez exigen el desempeño de un rol “... un papel en la sociedad” (Merton, 1968:142). Asevera que el individuo tiene una multiplicidad de roles dependiendo de su status, denominado **conjunto de roles**. Al existir una incompatibilidad entre el rol desempeñado y el status se produce una **desviación** del mismo. Esto ocurre en relación con las expectativas que tiene el sistema frente al rol que el individuo lleva a cabo.

Se puede entonces concluir, desde esta corriente de pensamiento, que el rol es el papel que ocupa el individuo en la sociedad, que se encuentra atravesado por una serie de expectativas que esta última tiene sobre él. Se evalúan los comportamientos de los individuos como apropiados o no según los valores de la

sociedad. A cada status se le exige un rol determinado. Esto se puede evidenciar, en cierta medida, en los profesionales de salud, quienes según las expectativas sociales deben garantizar el bienestar de sus pacientes, a su vez los pacientes deben seguir las recomendaciones de los profesionales de salud para que lo anterior sea posible.

En contraposición a los análisis de carácter estructural se encuentra la perspectiva interaccionista, representada en el interaccionismo simbólico, proveniente de la micro sociología. Ésta presta mayor atención al individuo y su papel activo y creativo en la construcción de la realidad. Considera que el mundo se construye mediante la interacción (proceso mediante el cual las personas se relacionan) entre los individuos y de éstos con el espacio social que comparten.

Esta corriente de pensamiento ratifica que los seres humanos se hallan inmersos en un rico universo simbólico. Así pues, “toda interacción entre individuos conlleva un intercambio de símbolos” (Giddens, 1989:737). Entendiendo a estos últimos como elementos abstractos usados para referir el mundo de la persona y su percepción de las experiencias propias. De esta forma, dentro de dicha interacción se da lugar a un proceso de interpretación simbólica para dar sentido a la realidad y se va construyendo la lógica de las situaciones cotidianas.

En esta línea de pensamiento se ubica Mead (1934), uno de los principales exponentes, quien afirma que el individuo es un producto de la interacción entre éste y la sociedad, de la cual surge la “mente”. Plantea que la mente nace cuando se da la comunicación (la conversación de gestos significantes) y en la experiencia social de las personas. Define al rol como “la acción o papel que se va adoptando mediante las diferentes interacciones que el individuo tiene” (Mead, 1934:13). La acción es aquello en que el individuo “actúa teniendo en mente a los otros”. (Mead, 1934:14). Aunque este término es incorporado en los análisis interaccionistas, ha sido ampliamente trabajado por Max Weber. Este autor define la acción con un sentido social, como cualquier tipo de proceder humano orientado por las acciones de otro, las cuales pueden ser presentes o esperadas como

futuras, la referencia a otra persona le da a la acción su carácter social. Así pues, se encamina a determinado fin, es decir un estado futuro de cosas, y para alcanzar ese fin habrá distintos medios que venzan los obstáculos y condiciones; para tratar que el resultado obtenido coincida con el fin buscado. La acción social no solamente consiste en un hacer sino también en un no hacer, siempre y cuando los individuos vinculen a su conducta un sentido, estableciéndose así una relación dotada de un sentido que la hace comprensible. Esto explica la lógica de los fenómenos sociales, acción - reacción de los comportamientos y así, establecer inferencias causales y modelos tipológicos. Así pues, este autor distingue cuatro tipos de acción social: La acción racional con arreglo a fines, la acción racional con arreglo a valores, y la acción afectiva, la acción tradicional.

Completando la discusión anterior se encuentra Goffman (1961); quien define al rol como la acción o (papel) ejercida con un o frente a otro, “el individuo posee una multiplicidad de sí mismos sociales (o de roles) en un contexto de interacción determinado” (Goffman, 1961:85). Las interacciones cara a cara le brindan al individuo una multiplicidad de roles. La interacción siempre será algo más que simples hechos causales o incidentes, tiene su fundamento en la relación que se establezca con el otro, sin dejar de lado la perspectiva individual. Por consiguiente, el individuo tendrá diferentes roles dependiendo del contexto en donde se halle inmerso en el ejercicio del mismo, y por lo tanto, las impresiones que este dé deberán ser acordes al rol que se desempeña. Lo anterior, en conjunto con la posición que ocupa (status), le provee al individuo lo que Goffman denomina “*Self-image*” (Auto imagen).

La *self image* permite realizar un análisis del rol en tres diferentes niveles: a) El modelo normativo del rol; b) El rol típico, y c) La «prestación de rol» o «ejecución de rol». La primera tiene que ver con lo que se espera del rol cuando se halla inscrito a marcos institucionales; la segunda con cómo se ejerce en el cotidiano y la tercera tiene relación con cómo se ejerce en la interacción con el otro. Así,

Goffman hace alusión a como la sociedad juega un papel importante en esa autoimagen del individuo y en ocasiones hace que asuma un sí mismo social (rol), que puede ser tanto momentáneo como permanente. De esta forma, introduce los conceptos de **asunción del rol** y **distancia del rol**.

Asumir un rol implica desaparecer completamente en el sí mismo virtual elaborado por una situación, exponerse a la percepción de otros mediante la propia imagen y confirmar expresivamente la propia aceptación de ella. Asumir un rol implica adhesión con el corazón y con la cabeza y la explícita voluntad de abandonarse en el rol y aprovechar las ventajas en términos de identidad de lo que puede dar.

La distancia de rol es entendida como la normatividad o situaciones que le impide al individuo ejercer su rol y mirarlo con distancia, es el yo en el trasfondo de la interacción. “Lo individual trata de aislarse, lo que más le es posible, de la contaminación de la situación” (ibíd. 1961:110). La distancia de rol es introducida para referirse a las acciones que efectivamente convencen a alguien del desprendimiento total del sí mismo social que está interpretando en determinado momento.

Es importante resaltar la importancia de la aproximación que hace el interaccionismo simbólico hacia la capacidad de agencia del individuo sobre el ejercicio del rol. Sin embargo, aunque trata de forjar una ruptura con la visión estructural, elementos como el status continúan muy relacionados con esta corriente de pensamiento. Esta coincidencia se puede observar y comparar no sólo en el campo de la sociología, sino en los postulados antropológicos y psicológicos presentados anteriormente.

Considerando los aspectos presentados en la definición de rol, para efectos operativos de este trabajo lo entenderemos como:

“La acción ejercida frente a un otro dentro de un proceso de interacción. Éste tendrá consigo una perspectiva individual y social. Dentro de la perspectiva individual se contemplarán elementos como la asunción de rol y distancia de rol y desde la perspectiva social se tendrán en cuenta elementos como el status y las expectativas que se tienen frente al ejercicio del rol en relación con las normas y valores que implica el mismo.”

En contexto, se entenderá la asunción del rol cuando se identifique el perfil de un paciente activo adherente, comunicativo y con voluntad de mejoría. En caso contrario se planteará distanciamiento del rol. Considerando además el papel que juega la sociedad y las normas establecidas por la misma, en ese rol de paciente asumidos por el mismo y las diversas formas en que este puede manifestarse dentro de las interacciones. Además, se tendrá de presente que el rol del paciente en el proceso terapéutico también está condicionado por el lugar que el profesional de salud le otorga, el cual puede ser distante y mantener una relación vertical en el encuentro que se da en las consultas. Dicha situación puede incidir en la adherencia al tratamiento médico.

4. CAPÍTULO IV

CARACTERIZAR EL CONTEXTO

La Diabetes mellitus 2 (DM2) y la hipertensión (HTA) son enfermedades crónicas no transmisibles. Se estima que en el mundo hay más de 347 millones de personas con DM2 Y HTA según la Organización Mundial de la salud, así pues, se calcula que más del 80% de las personas que mueren por estas enfermedades provienen de países de ingresos bajos y medios, en los que los sistemas de salud son débiles. De esta forma, en diciembre de 2006 fue adoptada por la Organización de Naciones Unidas (ONU), la Resolución 61/225, a efectos de mejorar la prevención, el tratamiento y el cuidado de la DM2 e HTA. Dicha resolución enfocó la atención del mundo en la necesidad de detener la creciente epidemia de estas enfermedades a través de acciones urgentes, convirtiéndose en una problemática de salud pública a nivel mundial.

En Colombia, según datos de la Asociación Colombiana de Diabetes (ACD), la prevalencia de estas enfermedades llega a ser aproximadamente de 7% en los hombres y de 8% en las mujeres, casos que si no se tratan, pueden causar complicaciones graves e incluso la muerte. En su mayoría, estas personas provienen de estratos 1, 2 y 3.

A partir de la formulación e implementación en el país del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con la Ley 100 de 1993 y la normatividad reglamentaria subsecuente, ha surgido un creciente interés por garantizar, más allá de la cobertura, el acceso oportuno y la calidad de los servicios de salud. No obstante, no existe una cifra que relacione con exactitud la cobertura y demanda que tienen los programas de prevención y control para la DM2 e HTA, sin embargo, se estima según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2012, que aunque un 96.5% de la población que padece estas enfermedades vaya a consulta con médico general, menos de la mitad de esta población lleva a cabo un tratamiento y sólo un aproximado del 27.9% continua asistiendo periódicamente.

En Cali no existe una uniformidad de datos, sin embargo, de acuerdo a los reportes realizados por “Cali saludable” del año 2013, podría decirse que existen alrededor de 108.913 pacientes que padecen HTA y 39.617 pacientes con DM2 que en su mayoría provienen del régimen contributivo con un 65%, dejando al régimen subsidiado con 29%.

Según la ley 100 de 1993, en Colombia se entiende el régimen subsidiado como el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado. El régimen contributivo como aquel en donde se deben afiliar las personas que tienen una vinculación laboral, es decir, con capacidad de pago como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias.

5. CAPÍTULO V

RESULTADOS

“MI VISIÓN SOBRE LA SALUD”

Los paradigmas o modelos médicos definen la postura, la forma de visualizar e interpretar los múltiples aspectos de la realidad que se tienen en el área de la salud.

Este capítulo se centrará en dos de los modelos médicos. En primer se encuentra el modelo biomédico, que se caracteriza principalmente por señalar que el proceso de enfermar se limita a una serie de reacciones físicas y químicas, por lo tanto, los factores emocionales y de comportamiento no inciden en la aparición de éstas. En este sentido, las patologías no tienen nada que ver con los estados emocionales y sociales del individuo.

Por otra parte, se halla el modelo socio-médico o psicosocial. Éste concibe que la salud y la enfermedad se encuentran determinadas por una multiplicidad de factores como el contexto social, el ambiente físico, circunstancias socioeconómicas, al igual que las emociones, entre otras.

En la información suministrada tanto en la IPS del régimen contributivo como la del régimen subsidiado, se identificaron profesionales que manifestaban que en su proceso de intervención y acompañamiento a los pacientes, procuraban que este fuera integral, en donde se interesaban por aspectos de la vida social del paciente que eran determinantes en su proceso de adherencia, toma de medicamento y modificación en sus hábitos de vida. En ambas IPS se mencionó un grado de interés por los pacientes y la importancia de mantenerlos informados sobre su enfermedad para que estos comprendan la importancia de seguir con las recomendaciones médicas.

PROFESIONAL RÉGIMEN SUBSIDIADO	PROFESIONAL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
“(…)Nosotros llegamos a la casa del usuario, nosotros hacemos acercamiento a la familia, nosotros trabajamos con la familia…” (Gerontóloga)	<i>“(…) Pues lo primero que uno tiene que tener presente es que uno debe hacer empatía con el paciente y entender hasta cierto punto que él viene con ciertas situaciones” (Médico internista).</i>
	<i>“(…)Darle más un manejo integral a esos pacientes que tienen un alto riesgo cardiovascular, aquí en el programa tenemos hay neumólogo, hay nefrólogo, está el equipo de apoyo de nutrición, terapia física, psicología, trabajo social, para brindarle una asistencia, más integral al paciente” (Médico general)</i>

De acuerdo a lo mencionado por los profesionales, estaríamos hablando de una intervención sustentada en los preceptos del modelo socio-médico, donde se contemplan aspectos del ser humano que indican en la aparición, complicación y poca adherencia a los tratamientos médicos.

Tal como lo menciona Oblitas (2006), este modelo puede ser explicado desde la teoría de los sistemas, pues los diferentes subsistemas (biológico, axiológico, cognitivo, afectivo, interpersonal, social, ambiente físico), están interrelacionados y los cambios en cualquiera, afecta a la totalidad individual.

Aunque se pensaría que el modelo socio-medico es el más completo para intervenir en los procesos médicos, existe una incoherencia en la salud, donde aún se sigue basando la atención médica en la ciencia y la técnica. De esta manera, muchas personas presentan quejas debido a la insatisfacción al ser atendidos por los profesionales en salud.

Durante la revisión de los registros de entrevistas a los pacientes, en muchos de los casos, indistintamente del tipo de régimen de salud se encontraba alto grado de inconformidad frente a la atención del profesional, lo cual ha sido una de las causas para que los pacientes no asistan a los controles médicos, sin embargo, también se encuentra pacientes que manifiestan encontrarse satisfechos y agradecidos por el apoyo y atención brindado desde el diagnóstico de la enfermedad.

PACIENTE DEL REGIMEN SUBSIDIADO	PACIENTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO
<i>“ (...) No me gusta porque no cambia nada, vuelven y le dicen nada de fritos, nada de harinas, nada de sal y ya, váyase para la casa, le mandan la droga que uno consume, a eso es que uno va” (Mujer, diabética e hipertensa)</i>	<i>“(…) Mí me parece que a ellos les falta mucha ética profesional mucho profesionalismo para tratar al ser humano porque muchas veces, no solo a mí, uno escucha a la gente sentada que está en espera, uno se siente tratado como animal” (Mujer, hipertensa)</i>
<i>“ (...)Ese tipo en una eminencia dios lo guarde y lo favorezca, Mosquera se llama doctor Mosquera médico cirujano, él trabaja medio tiempo ahí y medio día en los seguros lo busca todo el mundo que con Mosquera, con Mosquera todo el mundo quiere con Mosquera muy buen medico lo chequea a uno lo mira lo pesa lo mide le pone el aparatico yo no sé cómo otros médicos que llegan ahí que tenés no que esto tomate esto y el que sigue, no ese doctor si “ (Hombre, hipertenso)</i>	<i>“ (...)no pues se siente uno incomodo pero cuando tú, la doctora Bernal y el doctor un dietista que hay aquí en el servicio médico muy buenos crea un programita para diabéticos” (Mujer, diabética)</i>

Lo anterior, permite ver que la atención que brinde el profesional de la salud a los pacientes no está determinada por el tipo de IPS en la que laboran, pues en ambas se muestra conformidad e inconformidad por parte de los pacientes. En

este sentido, se podría decir que la manera de intervenir del profesional está directamente determinada por la visión que este tenga sobre la salud, sobre cómo debe atender al paciente, la relación que debe establecer con éste y el lugar que le brinda dentro del proceso terapéutico. Es por esta razón que se encontraron profesionales que señalaban mantener una relación integral con el paciente y así mismo pacientes que manifestaban que ello se da, como también algunos que mencionaban lo contrario. Lo anterior dejó ver diferencias entre lo que piensan los profesionales y los pacientes atendidos por estos, pues los primeros hablan de una atención oportuna y adecuada la cual no es aprovechada por el paciente y los segundos hablan de profesionales distantes, que no se preocupan por dar una buena atención, lo cual tiene que ver con la relación médico-paciente.

“La literatura indica que las habilidades interpersonales de los médicos son muy importantes para establecer relaciones fuertes y confiables con sus pacientes, lo que ofrece beneficios múltiples...” (Bendapudi et al, 2006:26). En este sentido, puede que el profesional de la salud informe oportunamente al paciente sobre su enfermedad, esté al tanto de su mejoría, le ofrezca el tratamiento médico, lo trate con respeto, pero no se de una cercanía entre ambos.

“La mayoría de los pacientes desea una relación estrecha con el médico de atención primaria. Es obvio que la relación cercana con el médico llega a tener más importancia aún en los períodos en los que el paciente sufre enfermedades graves.” (ibíd., 2006:29). En este sentido podemos decir que, para el paciente, es de suma importancia la confianza con el profesional, poder expresar las dolencias que no solo se relacionen con la de su consulta médica.

Por otra parte, cuando se atiende al paciente desde el modelo biomédico, la relación que se establece con el mismo es de carácter vertical, está el médico a un lado del escritorio y el paciente al otro, el primero se encarga de recetar medicamentos y el segundo no ignora lo monótona que son las citas médicas y lo reiterativos que pueden ser los profesionales en cuanto a lo permitido y lo no

permitido. Por lo tanto, las quejas se presentan en gran parte por la relación médico- paciente donde el paciente tiene grandes expectativas sobre los resultados del proceso médico.

Un aspecto de suma importancia que evidencia el modelo biomédico es la desinformación, siendo esta una situación preocupante pues uno de los principales motivos para que se dé un buen proceso de adherencia terapéutica, y posterior a ellos estabilidad y recuperación del paciente, está en la información que este tenga sobre su enfermedad, los riesgos por no seguir el tratamiento y sobre todo, tener la claridad de que presenta una enfermedad crónica, lo cual indica que no tiene cura y se trata principalmente haciendo una modificación al estilo de vida de la persona (hábitos alimenticios, actividad física y toma regular medicamentos).

Así pues, como se señaló anteriormente, cuando los pacientes no son informados adecuadamente sobre su enfermedad, el profesional está dando paso a una de las características de la atención bajo el modelo biomédico, donde solo se formula y se le indica al paciente la forma de tomar medicamentos.

PACIENTE RÉGIMEN SUBSIDIADO	PACIENTE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
<i>“(...)No, no me explicaron, no más me dijeron que pues que ya, que yo ya era diabética y que ya era hipertensa, que tenía que estar yendo cada mes por los medicamentos y nada más, pero no le dicen en sí como es el programa ni nada, no más que uno tiene que estar yendo cada mes y no más...” (Mujer, diabética e hipertensa)</i>	<i>“(...) Si él no me dijo de que proviene, sólo me dijo: “cuídese con las harinas, de las harinas proviene o causa azúcar, todo lo que es arroces, papa, yuca, todas esas cosas...” (Hombre, hipertenso)</i>

Sin embargo, estar informado o no, no es sólo responsabilidad del grupo profesional a cargo, sino también del paciente, de su interés por investigar sobre su enfermedad, además de resolver inquietudes con los profesionales, leer los folletos que reciben en las instituciones de salud, etc., que tiene una relación directa con el rol como lo veremos más adelante.

PROFESIONAL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

“ (...)El nivel de conocimiento básico le debe permitir no solamente auto conocerse sino a auto cuidarse, sí y además de eso entender el por qué de los tratamientos” (Médico internista)

Algunos de los pacientes se interesaban poco por conocer información sobre la enfermedad y se limitaban a lo que los profesionales les informaban, esto es una mirada científica de la salud, donde se da una reacción pasiva frente a lo que se está viviendo, y no hay una determinación por mejorar su condición, por buscar nuevas alternativas, es decir una visión de salud que deja en evidencia la influencia de un modelo biomédico.

Otra forma en la que se manifiesta dicho modelo, se encontraba en la intervención de algunos profesionales que condicionaban a sus pacientes y los llenaban de temor sobre su enfermedad.

PACIENTE RÉGIMEN SUBSIDIADO

“(...) Me dijeron que tenía que estar yendo cada mes, que las pastillas, que esa era la vida mía, que ojo con eso, que con el ejercicio, que esa era la vida, que si yo no me tomaba esas pastillas que me moría...” (Hombre, hipertenso)

Esta forma de condicionar a los pacientes, más que incidir positivamente a una transformación, hace reiterar la necesidad de un cambio de paradigma en las intervenciones, dado que, los pacientes cada vez se muestran más inconformes respecto a este tipo de atención tan instrumental en enfermedades que requieren

el desarrollo de mejores herramientas para la vida, como lo son la diabetes e hipertensión.

Así pues, durante los controles, mientras que los pacientes continuaban teniendo una expectativa alta hacia una atención de carácter más acorde con paradigmas sociomédicos, algunos de los y las profesionales continúan aun con su visión de atención ligada a paradigmas tradicionales.

PACIENTE RÉGIMEN SUBSIDIADO	PACIENTE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
<i>“(…) Digamos diez años antes el médico, uno para el médico era un comino, lo miraban por encima del hombro. A raíz de que ya empezaron como a exigirle eh de las demás entidades EPS y de todo entonces a el médico le tocó que ya volverse como más humano y cambiaron y aunque ahorita volvieron entonces a ser como maquinas…” (Hombre, diabético).</i>	<i>“(…) Tuve problemas con una doctora que hasta me dijo que no que me iba a remitir a donde otro médico porque no le ponía cuidado y todo, y también eso fueron los motivos pero yo no volví y o sea como en vez de, de ellos imponer las cosas tienen que analizar cada caso en particular” (Hombre, diabético).</i>

De esta forma, se evidenció que aunque existan pacientes y profesionales con una visión de salud acorde con un paradigma biomédico, cada vez son más los pacientes que demandan una intervención integral dentro de los programas de prevención y control, que articule dentro de su modelo de atención herramientas que permitan fortalecer los aspectos socioculturales de la vida del paciente con el fin de apuntar a un modelo de atención en donde la visión de paciente y profesional de la salud sea más activa y vaya más allá de lo establecido, además, es importante resaltar el esfuerzo de los profesionales pertenecientes al régimen subsidiado como el régimen contributivo por trabajar más en este punto.

En este sentido, se puede afirmar que la necesidad de un modelo de atención de acorde a paradigmas socio-médicos es cada vez más evidente y que esto, es una necesidad sin distinción de regímenes o tipo de paciente, sino más bien una carencia del modelo de atención de salud colombiano en general.

6. CAPÍTULO VI

“ESTABLECIENDO RELACIONES”

En este apartado, se caracteriza la relación profesional- paciente, intentando dar a conocer todos los elementos que constituyen dicha relación.

Es importante recordar que la relación profesional-paciente es una relación social, donde dos personas se encuentran con el fin de lograr la salud de una de sus partes. En el deber ser, el profesional aporta conocimientos, muestra solidaridad con el paciente y trata de cubrir sus necesidades.

“Se ha encontrado que la actitud del profesional hacia el tipo de tratamiento y hacia el paciente, constituye una importante variable en el cumplimiento terapéutico y en el desarrollo de efectos colaterales” (Puente,1985:12). De esta forma, el cumplimiento se relaciona estrechamente con la efectividad percibida por el paciente, con la relación amistosa y el interés que el médico muestra por la evolución de la enfermedad y por el paciente con los mensajes verbales y no verbales.

PROFESIONALES RÉGIMEN SUBSIDIADO	PROFESIONALES RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
<i>“(…)Yo vengo, hago la actividad, pero sí trato de conocerlos, quienes son los que- porque uno no sabe en la actividad puede que pase algo.” (Fisioterapeuta)</i>	<i>“(…) Acá se trabaja muchísimo eso, cambios de estilo de vida. Aquí se les está diciendo qué es la diabetes, qué entienden por diabetes, si están mal informados se les orienta, se les guía, o sea ellos aquí saben cuál es su condición real y cuáles son las consecuencias frente al no cuidado” (Trabajador Social)</i>
<i>“ (...)Una de las metas es concientizar a los adultos sobre el tratamiento, a concientizarse que llegó la enfermedad en sí y los factores de riesgo, las complicaciones que llevan, que más como adherencia al tratamiento.” (</i>	<i>“(…) Dónde está el problema y se trata de hacer un plan de mejoramiento con todas las causas, todos los problemas: desde donde empezó el problema. Entonces ahí se empieza pues dependiendo cuál ha sido el tipo de barrera se presentó, entonces ahí se</i>

Auxiliar de enfermería)	<i>hace el plan de mejoramiento” (Médico internista.)</i>
<i>“(…)Entonces destinábamos un día donde íbamos a hablar de diferentes temáticas y de hecho ese era un espacio muy agradable para ellos, donde expresaban emociones y cantidades de cosas…” (Médico general)</i>	<i>“Escuchamos las necesidades de los pacientes y en cada sesión educativa le damos una encuesta para que ellos nos digan qué quieren” (Nutricionista)</i>

Lo anterior muestra preocupación de los profesionales frente a los cambios comportamentales, factores de riesgo, de sus pacientes, de ponerse en el lugar de ellos y pensar actividades de trabajo con estas personas para motivarlos a seguir el tratamiento y modificar sus hábitos de vida. Es importante reconocer que desde la perspectiva de estos profesionales, se le está brindando un lugar importante al paciente en su proceso de tratamiento y que tanto en las IPS de régimen contributivo como subsidiado se presencian este tipo de situaciones. La relación profesional -paciente en este ítem deja en evidencia el valor de mantener una cercanía con la persona, entendiendo que el buen trato hacia el mismo contribuirá a fortalecer otros aspectos del proceso de tratamiento. De esta manera, es importante reconocer que la motivación del propio profesional respecto al cumplimiento de la prescripción es fundamental. Según su motivación y la responsabilidad que el mismo sienta que tiene respecto a cómo sus pacientes toman los tratamientos y la relación que establece con los mismos, condicionan el resto de factores que dependen de él.

En este sentido, los pacientes resaltaban que el interés de los profesionales en cuanto al trato que estos le dan y la preocupación que sienten por que se mejoren, motiva a los mismos a cuidar sus hábitos de vida, y comprender que su salud es algo que importa a otra persona.

PACIENTE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	PACIENTE RÉGIMEN SUBSIDIADO
<i>“(...)Los servicios son buenos y ellos tienen buen servicio y se preocupan y me llaman y todo” (Mujer, diabética e hipertensa).</i>	<i>“(..)Pero si se humanizaron más por lo menos el médico antes le decía a la secretaria ‘vaya y llame a fulano de tal’ y llegaba uno y ni lo miraba, escriba no más, ahorita son más formales, ya lo conocen, le dan la mano y cosa que estimula y sirve para el diagnóstico y para llevar uno la enfermedad mejor” (Hombre, diabético)</i>

Es importante reconocer que el ser humano como individuo es un ser racional y social, y que éstos aspectos inevitablemente se conjugarán en el diagnóstico, la realidad social del paciente tendrá algún tipo de relación con su salud inmediata, por lo tanto, dicha realidad debería ser explorada por el profesional y es en ese momento en que se posibilita el establecimiento de una relación interhumana entre ambas partes. En este sentido, es de suma importancia que los profesionales tengan conocimiento de la situación económica del paciente, además del ámbito familiar del mismo. Lo anterior ayuda a fortalecer un ambiente de confianza durante las consultas.

PROFESIONAL RÉGIMEN SUBSIDIADO	PROFESIONAL REGIMEN CONTRIBUTIVO
<i>“(...)Es también reconocer que el adulto mayor tiene sus necesidades y que tiene sus limitaciones, y entre sus limitaciones tiene una red y se puede trabajar con ellos, tener Receptividad ante la información y lo que me dicen, conocer su realidad de vida” (Gerontóloga)</i>	<i>“(...)A veces el paciente cree que la diabetes es solamente la medicación, es hacer muchas cosas, y dentro de eso la educación, conocer la parte emocional y eso a veces requiere más tiempo” (Médico general)</i>

Así pues, si la relación profesional-paciente estuviera basada en el paradigma socio médico, en vez del biomédico, hablaríamos de un rol activo del paciente frente a su salud, y un profesional que basa su intervención en el establecimiento de confianza, logrando establecer una empatía. Por lo tanto, consideramos que es de suma importancia dentro de esta relación, tener conciencia del lugar del otro, para establecer una relación que además de mediarse por el respeto, permita una buena comunicación en donde ambas partes puedan ser escuchadas y llegar a acuerdos dentro de su proceso de tratamiento.

PACIENTE RÉGIMEN SUBSIDIADO	PACIENTE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
<i>“(...)Me decían que tenía que tener cuidado que estaba un poquito alto de peso y que la presión la mantenía alta, y que, o que cambiar de medicamento, se preocupan por eso” (Hombre, hipertenso)</i>	<i>“(...)Muy bien me gustaba, o sea porque él le brindaba como la confianza a uno, y como le digo, le comunicaba, yo le decía, le comentaba muchas inquietudes y el ya entraba como a... pues darle el consejo, uno le decía vea doctor esto...es que tengo este conflicto, tengo esto, entonces el entraba como a... ¿sí?, a brindar esa confianza, a hablar... me sentía muy bien, muy bien” (Mujer, diabética)</i>

Existen otros factores que condicionan el tipo de relación que el profesional puede establecer con el paciente, uno de ellos es la escasez de tiempo, lo acelerado de las consultas médicas dada la poca duración que se le brinda a las mismas (todo se hace y dice muy rápido). Por lo tanto, la confianza en la eficacia terapéutica o la percepción del beneficio terapéutico no logran percibirse a cabalidad lo cual incide en la relación profesional- paciente y en la adherencia de éste al tratamiento.

Finalmente la primera impresión que tiene el paciente sobre el profesional y viceversa, condiciona también el tipo de relación que establezcan. Ese momento es la primera consulta médica, el momento en que el paciente acude a los servicios de salud, luego de ser diagnosticado, con muchas inquietudes sobre lo que puede estar pasando en su cuerpo, pues tiene mareos, o dolor de cabeza fuertes y no encuentra el motivo. El profesional debe preocuparse por mostrar interés por el paciente, ser atento, informativo, comprensivo, escucharlo.

Durante la revisión de las entrevistas se encontraron pacientes conformes con la atención brindada por los médicos, pero también otros decepcionados de la intervención profesional, tanto así que los ven como máquinas que sólo se encargan de formular y no indagan sobre la vida de los pacientes.

PACIENTE RÉGIMEN SUBSIDIADO	PACIENTE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
<i>“(...) No, la verdad los médicos son algo como una maquinita ahh “usted tiene esto” y ya se acostumbran a citas médicas, ahh “cómo te sientes” ¡bien! Le digo “es que pasa esto” ahh “bueno se toma esto, la voy a mandar otra de esto pa’ tomar” los médicos como que todo lo hacen mecánicamente, no sé si les pagan por escribir, lo hacen así” (Hombre, hipertenso)</i>	<i>“(...)Sí él no me dijo de que proviene, sólo me dijo: “cuídese con las harinas, de las harinas proviene o causa azúcar, todo lo que es arroces, papa, yuca, todas esas cosas” (Hombre, diabético)</i>

Ahora bien, existen ciertas expectativas que el paciente deposita durante la consulta del profesional, tales como: resolver sus dudas, ser orientado, tener una voz de apoyo para mejorar, tener alguien en que confiar sus dolencias, no solo las relacionadas por la enfermedad sino otras que le aquejan. Por lo tanto, es precisamente durante el proceso terapéutico donde el profesional debe indagar sobre el entorno social de las personas, dado que éste afecta directamente su salud y por lo tanto es en ese punto desde el cual el profesional debe partir antes de hacer cualquier tipo de recomendación, además permitirá articular el trabajo con el resto del equipo interdisciplinario (remisiones a psicología, nutrición, fisioterapia, etc.)

PROFESIONAL RÉGIMEN SUBSIDIADO	PROFESIONAL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
<i>“(…)Pues lo primero que uno tiene que tener presente es que uno debe hacer empatía con el paciente y entender hasta cierto punto que él viene con ciertas situaciones” (Médico general)</i>	<i>“(…)El diálogo, explicarles todas las dudas que ellos tienen y hablar con ellos, ese es el fundamento más importante para la adherencia y para que ellos comprendan bien lo que está pasando, explicarles bien la enfermedad y las consecuencias que genera el mal control de la enfermedad.” (Médico general)</i>

Es importante resaltar la importancia de convertir la consulta profesional en un espacio de interacción horizontal donde ambas partes puedan retroalimentarse desde sus conocimientos y saberes adquiridos en la experiencia, no podemos olvidar que el profesional no existiría sin una población a la cual atender, pero de igual forma qué sería del proceso terapéutico sin la orientación de los profesionales en salud, de sus conocimientos.

Cuando una persona está enferma, su estado de ánimo puede decaer, por tal motivo el profesional debe comprender que el paciente se encuentra en un momento de gran vulnerabilidad y angustia, y se sentirá a gusto si se le atiende con respeto y acuciosidad. A este punto debe otorgársele una vital atención, pues

la comunicación verbal y no verbal, influye notoriamente en la actitud del paciente al momento de la consulta. De acuerdo a la información presentada a lo largo de este capítulo, se ha podido constatar que una buena comunicación y un ambiente cálido suelen traducirse en comportamientos cumplidores y que se evalúan positivamente por el paciente, mientras que una relación interpretada como negativa reforzará las conductas incumplidoras.

Desde la relación profesional- paciente se debe visualizar como meta una relación en la que el profesional asesora al paciente a ayudarse a sí mismo, él asume una participación activa e incluso la iniciativa en el tratamiento. El uso de un lenguaje comprensible para los pacientes, la empatía, la seguridad que genera el profesional frente al paciente en cuanto a sus conocimientos sobre la orientación que da sobre la enfermedad, facilitan la asistencia de este a las consultas médicas, y una adecuada adherencia terapéutica y reconocimiento de la importancia de seguir las recomendaciones del profesional para mejorar la salud.

PROFESIONAL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

“(...) Educación como parte de asumir el rol de paciente. La parte emocional es un factor que realmente sí afecta adherencia” (Psicólogo)

Así mismo, el profesional debe estar dispuesto a responder las inquietudes del paciente. Aunque a veces este pregunte mucho, y siempre sobre lo mismo, se debe tratar de entender que en el mundo de las relaciones humanas, todos somos distintos, pensamos diferente de acuerdo a factores como la cultura, la educación, socioeconómicos, entre otros. Tal como lo hemos venido mencionando, el contexto social de las personas es un factor determinante frente a su forma de vivir y asumir la enfermedad, lo que para él es correcto hacer y lo que no, la existencia de falsas creencias sobre la toma de medicamentos y demás.

PROFESIONAL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

“(…)Tratar en consulta con el paciente lo que se llama la Adherencia al Tratamiento, auto cuidado, identificar lógicamente los factores de riesgo psicosocial, también miramos pues la parte de la familia, todo el contexto familiar, apoyo familiar, redes de apoyo; percepción que tiene el paciente de su enfermedad” (Psicólogo)

Aunque en la actualidad, la relación profesional-paciente ha abierto lugar para ver el paciente como una persona dotada de razón, que está en la capacidad de entender sus situación y tiene la voluntad para decidir según lo que considere mejor para éste, en la toma o no de medicamentos. Los profesionales a cargo deberán ser muy claros sobre la información que suministre al paciente teniendo en cuenta la influencia de sus creencias populares, para que este comprenda los aportes que la medicina clásica puede hacer para su mejoría. Es importante que llegado el caso, el médico negocie con el paciente el plan de tratamiento, no se puede confundir permitir la participación de paciente en la toma de decisiones, con la aceptación de la no toma de medicamentos y reemplazo por sustancias naturales que se cree pueden curar la enfermedad.

PROFESIONAL RÉGIMEN SUBSIDIADO

“(…)Y a pesar que se les ha dicho que hay que tomarla y todo uno no escucha sino lo que uno esta receptivo, entonces así se le diga eso entra por un lado y por el otro no, porque en su creencia, ahí vemos la importancia de la creencia del paciente” (Médico general)

PROFESIONAL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

“(…)La educación en las personas sanas es fundamental para prevenir la diabetes y en el paciente de diabetes tipo dos es la educación la que los ayuda a orientarse y a controlar la enfermedad” (Nutricionista)

Sin embargo, al observar día a día en los establecimientos de salud y teniendo en cuenta lo analizado, se encontró que la relación profesional-paciente se da dependiendo del tipo de personalidad de ambos, la vocación del profesional, las

creencias del paciente, el lugar que significa el paciente para el profesional, entre otras.

No obstante, en la mayor parte de los casos se habla desde la relación institucional salud-usuario. Uno presta sus servicios para mejorar la salud de otro, y el segundo paga por mejorar su salud, así pues como se ha venido mencionando se constituye una relación instrumental que poco incide significativamente en la vida del paciente y en su proceso terapéutico.

PROFESIONAL REGIMEN SUBSIDIADO	PROFESIONAL REGIMEN CONTRIBUTIVO
<i>“(…)Cuando el paciente no se quiere tomar los medicamentos o no viene a la cita constantemente, eh! que lo sienten pues como con pereciza pues del proceso, es más responsabilidad de ellos frente al proceso, uno llama pero si no vienen nada se puede hacer” (Psicóloga)</i>	<i>“(…)Son pacientes que pues ya llevan mucho tiempo eh... digamos con la enfermedad o llevan algún tiempo y lo mandan acá cuando están muy nuevos digamos que los acabaron de detectar allá en consulta externa y los mandan para acá pues si es un poquito difícil el manejo de estos pacientes” (Médico general)</i>

Teniendo en cuenta lo abordado durante el texto, es preciso reflexionar, que aún falta mucho por trabajar y se considera que los profesionales que atienden en el área de la salud, en su mayoría se relacionan verticalmente con sus pacientes por ser quienes poseen el conocimiento científico y rechazan los conocimientos de carácter empírico y experienciales. Dicha situación no solo hace parte de IPS de régimen subsidiado sino como fue evidente es un escenario que también viven los profesionales adscritos al régimen contributivo.

Así pues, puede decirse que aspectos como la relación profesional-paciente, depende de la mirada de ambos frente a la salud y el espacio que dé a otro para establecer lazos de confianza y solidaridad. Aunque es importante reconocer que interviene intrínsecamente el paradigma desde el cual tanto el profesional como el paciente se ubica.

Cabe resaltar que el establecimiento de una adecuada relación profesional, y la satisfacción del paciente está relacionada positivamente con los resultados terapéuticos y por esto las habilidades para mejorar esta interacción constituyen una parte importante y necesaria la eficacia terapéutica.

“Se han identificado diversos aspectos determinantes de la relación médico-paciente para conseguir una mejor adherencia, como son: la amabilidad, el acercamiento, el ánimo, la cooperación, la utilización de las mejores habilidades educativas, y en definitiva centrar la relación en el paciente, para que pueda participar en las decisiones” (Puente, 1985:16). Por lo tanto, el construir una relación profesional- paciente que esté fundamentada en la cooperación, empatía, con mejores habilidades educativas de ambas partes que brinde una centralidad al paciente, será la base para trabajar en un rol activo del mismo y una adherencia terapéutica al proceso de tratamiento.

7. CAPÍTULO VII

¡CÓMO HA CAMBIADO MI VIDA!

Dentro de este acápite, se hablará acerca de las acciones que llevan a cabo los pacientes dentro de su proceso terapéutico, lo anterior, visto desde su propia perspectiva y la de los profesionales con el fin de lograr identificar cual es el rol de paciente dentro de dicho proceso

Es importante recordar que dentro del presente estudio, se entenderá por rol

“La acción ejercida frente a un otro dentro de un proceso de interacción. Dicho proceso, tendrá consigo una perspectiva individual y social. Dentro de la perspectiva individual se contemplarán elementos como la asunción de rol y distancia de rol y desde la perspectiva social se tendrán en cuenta elementos como el status y las expectativas que se tienen frente al ejercicio del rol en relación con las normas y valores que implica el mismo”

Los pacientes identifican, en su mayoría, que la principal acción que deben realizar es modificar algún aspecto de su estilo de vida, especialmente lo que tiene que ver con seguir el tratamiento farmacológico, sin embargo, este aspecto de su rol va más hacia la perspectiva social del mismo, que a la individual, dado que, dentro de la concepción que algunos de estos tienen de paciente se encuentra el seguir con la prescripción del medicamento, no obstante, manifiestan que es algo que les disgusta llevar a cabo, pero que la expectativa que el médico tiene hacia la toma del mismo influye en que esta tarea sea desempeñada a cabalidad, así al principio del proceso no tuviesen adherencia farmacológica. Además, la aparición de síntomas y los resultados negativos en los exámenes de control, tienen también influencia en que lleven a cabo esta acción

Este tipo de acción se vislumbró en pacientes tanto de régimen subsidiado, como contributivo, además de no existir diferencias significativas entre el tipo de enfermedad, edades o género.

PACIENTE RÉGIMEN SUBSIDIADO	PACIENTE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
<i>“ (...) Era muy incómodo tomar tanta pasta, tanto medicamento, porque no era una sola pasta sino tres pastas, hasta cuatro pastas de la misma de día y de noche, y los horarios, tenía un horario de la noche a la mañana, para mí era muy complicado porque estudiaba todo ese tiempo, entonces no podía estar llevándome los medicamentos, no los llevaba, se me olvida en la noche, llegaba a tomármelo por la noche, entonces, a veces no funcionaba bien. Por eso hubo unos primeros exámenes que la verdad siguieron iguales, por eso subieron el medicamento, ahora me lo tomo bien” (Hombre,,hipertenso)</i>	<i>“(...)Es muy, muy molesto tomar pastas es muy molesto, ojala que a uno una inyección se la ponen y ya y se le acabo el problema, pues si yo me tomo los medicamentos pero no con juicio la verdad” (Mujer, hipertensa y diabética)</i>
<i>“(...)Que por lo menos la metformina debe ser en el desayuno, almuerzo y en la comida porque ella evita las subidas de azúcar, claro que no es que ella te de una garantía que tomándotela ella no se te vaya a subir, no, pero si te ayuda a controlar algo, pero una subida de azúcar así usted tenga algo puede presentarse” (Mujer , diabética)</i>	<i>“(...)Puede pasar porque hay que cuidarse, tiene cuidarse de por si, entonces esa historia a mí esa evidencia y la gravedad de la cosa, me hizo tener claro que hay que cuidarse que por lo menos las medidas mínimas hay que tomarlas para no llegar a un estado tan complicado, tomar el medicamento (...)” (Hombre, hipertenso)</i>

Por otra parte, se encuentran los cambios en la alimentación y el realizar algún tipo de actividad física, aunque estas acciones están ligadas a expectativas y normas sociales en correspondencia con la concepción que los profesionales que orientan los programas tienen de “paciente” y la sociedad en general, poseen una perspectiva de carácter individual, ya que se encuentran relacionadas con la

aceptación de la enfermedad y conciencia de la misma, además del paradigma de salud desde el cual se ubica el paciente, es decir, cuando existe una mayor aceptación hacia que se está enfermo y las implicaciones que tiene para la vida del mismo el padecer una enfermedad crónica no transmisible, es más sencillo para los pacientes adoptar un accionar más allá de tomar los medicamentos y tener un estilo de vida más acorde con lo deseable según sea su enfermedad (llevar una dieta balanceada, realizar ejercicio, etc), sin embargo, lo anteriormente mencionado no será posible si el paciente se ubica desde un paradigma estrictamente biomédico, es decir, el paciente contempla un único agente causal de enfermedad (biológico) y una única forma de solucionarlo (tomar medicamentos) contribuyendo a un rol de paciente “pasivo”.

Por el contrario quienes se logran ubicar desde otra perspectiva, ya sea que éste más acorde con lo socio-médico o higiénico- Preventivo, vislumbran la importancia de un rol de paciente activo, así pues reconocen la existencia de múltiples factores que inciden en la enfermedad más allá de lo estrictamente biológico teniendo en cuenta el contexto social, por lo tanto, se preocupan un poco más por cambiar hábitos que pueden ser nocivos para su enfermedad, así mismo, tienen mayor conciencia de su enfermedad y del cuidado de la misma.

En este aspecto, se pudo evidenciar que más allá de existir diferencias entre el tipo de régimen (subsidiado o contributivo), se encuentran diferencias de género para asumir cambios en el estilo de vida, es decir, quienes tienen mayor receptividad hacia realizar cambios que involucren ejercicio físico son los hombres, mientras que las mujeres tienden a adoptar con mayor facilidad variaciones en su dieta alimenticia, en cuanto a la edad, aunque no existe una diferencia significativa, podríamos decir que las personas jóvenes son menos receptivas a los cambios, por la ausencia de síntomas de la enfermedad, sin embargo, esto también suele ocurrir en adultos y en adultos mayores, no obstante con menor frecuencia.

PACIENTE RÉGIMEN SUBSIDIADO	PACIENTE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
<p><i>“(…) Pues un poco de preocupación, para ponerme las pilas... con el ejercicio, hacer un poco más de ejercicio, pues eso. Preocupación un poco por uno no llegar más adelante y bien jodido”</i> <i>(Hombre ,hipertenso y diabético)</i></p>	<p><i>“pero me ha tocado cambiar mi forma de comer mi estilo de vida ha cambiado totalmente y mi hijo es gordito y entonces yo trate de cambiarle la forma de comer a él también porque yo ya viví o sea yo ya viví algo” (Mujer, hipertensa y diabética)</i></p>
<p><i>“(…) Que tan joven que tal cosa, ya practico deporte... pues nunca había dejado de practicar deporte, siempre había montado bicicleta sino que había un tiempo en el que no hacía deporte y pues estaba el trabajo. Ahora hago... me dijeron que lo mejor eran las caminatas, de pronto trotar pero no hacer mucho esfuerzo” (Hombre, hipertenso)</i></p>	<p><i>“(…) Mi estilo de vida ha cambiado, la alimentación, más cambios, más ejercicios. Comía de todo, todo me parecía rico, yo mantenía comiendo fritanga de todo y a deshoras grasas, harinas. Ya no, como mucha verdura he bajado mucho las harinas me siento bien” (Mujer, hipertensa)</i></p>
<p><i>“(…)Un poquito es que si de pronto uno va a hacer una comida va a como balancearla ya que si hizo el arroz bueno hacer una ensalada que no lleve nada de grasa sino con meras verduras, porque hay unas cosas que son verduras u hortalizas o que entonces uno hace una ensaladita pues así y hace una comida que no lleve tanta grasa, ni que lleve embutidos entonces uno a que balancea pero pues hay veces uno no balancea sino lo que caiga entonces hay más harina, más grasa, más fritos”. Los principales estudios sobre las enfermedades crónicas muestran que los estilos de vida de los pacientes son uno de los principales motivos de la aparición de la enfermedad y sus agravantes”</i> <i>(Mujer, diabética e hipertensa)</i></p>	<p><i>“(…)Ejercicio, sí, yo hago ejercicio, me tocó comprar una máquina, yo tengo la elíptica y hago mucho ejercicio, tengo también la bicicleta estática” (Hombre, diabético)</i></p>

Es importante resaltar que uno de los factores que limita el ejercicio de algunos aspectos del rol por parte de los pacientes tiene que ver con la condición socioeconómica, dado que, cuando poseen mayor capacidad adquisitiva como quienes se encuentran bajo el régimen contributivo, es más sencillo llevar a cabo acciones propias de su rol como adquirir la dieta (comprar verduras y suplementos dietarios) adquirir aditamentos para realizar ejercicio (ropa cómoda, calzado, asistir al gimnasio), o asistir a las citas médicas. Quienes no poseen los medios para acceder a lo anterior, a pesar de tener la voluntad de asumir su rol, no pueden hacerlo del todo.

Por otra parte, también encontramos que algunos pacientes identifican como parte del ejercicio de su rol el asistir a las citas médicas y controles programados, sin embargo, lo anterior, es proveniente de la expectativa social y las normas que trae consigo el proceso terapéutico de los programas de prevención y control. Muy pocos pacientes logran interiorizar la importancia que tiene esto para su mejoría y no lo ven como una obligación dentro de su accionar, quienes por el contrario si lo ven como algo necesario tienen más fortalecidos los puntos mencionados anteriormente (Adherencia farmacológica, dieta balanceada, actividad física) y son más conscientes del rol que deben llevar como pacientes que padecen una enfermedad crónica no transmisible.

En este punto tanto pacientes del régimen subsidiado como del régimen contributivo presentan dificultades para asistir a los controles propios del programa, algunos manifiestan desinterés, otros hacen alusión a factores económicos, no existen variaciones significativas entre edad o género, simplemente para ambos regímenes se presenta dificultad en el cumplimiento de citas por parte de los pacientes.

PACIENTE RÉGIMEN SUBSIDIADO	PACIENTE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
<i>“(…)Pues en parte es bueno saber cómo esta uno pero en otros no me gusta porque no cambia nada vuelven y le dicen nada de fritos, nada de harinas, nada de sal y ya, váyase para la casa, le mandan la droga que uno consume, a eso es que uno va, ahora Adriana el jueves que fui dijo que van hacer puras charlas antes de entrar a dar los medicamentos, van a dar unas charlas sobre la enfermedad y todo eso no me ha tocado todavía, me va a tocar ahorita en febrero, entonces en febrero voy a mirar a ver las charlas, de pronto lo animan a uno” (Mujer, hipertensa y diabética)</i>	<i>“(…)A mí me parece que el programa es bueno, los malos son los pacientes como yo que son irresponsables y no vamos” (Hombre, hipertenso)</i>
<i>“(..)Yo no era como muy dada a ir donde el médico. Pero después uno va entendiendo y le dicen que si se cuida y todo, entonces que si se cuida lleva una vida larga” (Mujer, diabética)</i>	<i>“(…)Si pero es que yo soy muy olvidadiza tengo que admitirlo, o sea se me olvida entonces se me pasan las citas y la jefa del programa mantiene llamándome a regañar pero...porque se me olvida, si yo tengo una memoria tantas cosas que cuando me acuerdo ya se ha pasado la hora, para que me regañen prefiero no ir, la verdad es eso” (Mujer, hipertensa)</i>
<i>“(..)Pues posiblemente hayan hecho una charla o hayan invitado o alguna cosa. Como vuelvo le digo a mí prácticamente yo casi no voy a una vaina de eso de control y de todo porque ya la señora mía vea que vaya que le toca” (Hombre, hipertenso)</i>	<i>“(..)Si siempre yo saco las citas y siempre así entre a internista al que entre siempre me toman la presión, por eso te digo que siempre me la encuentran normal pues la droga siempre está ahí y ellos miran cuanto tiempo en el sistema me mandan la droga y la reclamo acá abajo y normal” (Mujer, hipertensa)</i>

En algunos de los casos, los comportamientos señalados están mediados por sus procesos de socialización primarios donde la comida saludable, el ejercicio o la asistencia a los servicios de salud no eran prácticas habituales; de esta manera

seguir una prescripción médica que implica tantas transformaciones a sus estilos de vida, es una tarea difícil y en ocasiones imposible de cumplir

Las anotaciones anteriores son las que los pacientes identifican como acciones propias de su rol. Esta información es importante contrastarla con el punto de vista de los profesionales, para identificar sintonía o al contrario distanciamiento de opiniones. Según la información identificada en los discursos de estos actores, esta percepción varía de acuerdo a la especialidad médica.

Para los médicos internistas y generales, una de las principales acciones que debe llevar a cabo el paciente tiene relación con el manejo farmacológico, además de la información acerca de su padecimiento; lo cual permite que los pacientes efectúen cambios significativos en su estilo de vida, además resaltan la importancia del apoyo familiar dentro del proceso terapéutico.

Los nutricionistas recalcaron la necesidad de que los pacientes sigan una dieta balanceada, es decir, una dieta alimenticia que responda a las necesidades nutricionales de la persona teniendo una ingesta adecuada de carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales, no obstante, agregan una acción adicional relacionada con la asistencia de los pacientes a un tratamiento psicológico que permita brindar una integralidad en el proceso de tratamiento, ya que, la aceptación de la enfermedad y la parte emocional son unos de los elementos principales que facilitan que el paciente asista a los programas.

Siguiendo esta misma línea se encuentran los fisioterapeutas, quienes desde su especialidad consideraron que una de las principales acciones debe ser la actividad física, aseguran que uno de los factores que facilitan la realización de esta orientación tiene que ver con el nivel educativo; afirman que es más “sencillo” para quienes poseen un mayor nivel educativo y mayor capacidad adquisitiva hacer algún tipo de actividad física, además resaltan la importancia de generar un impacto en la consulta que permita a los pacientes visualizar de forma clara su rol durante el proceso terapéutico.

Por otra parte, se ubican los profesionales de enfermería y los auxiliares de enfermería, quienes situaron como parte importante del accionar del paciente la asistencia a los programas, principalmente por el apoyo grupal que se da dentro de las charlas agendadas en los mismos. Esto influye significativamente en el ejercicio de su rol, además del apoyo que desde el área psicosocial se le pueda otorgar al mismo.

También se encuentra la perspectiva de los psicólogos, quienes a pesar de encargarse de la parte emocional del paciente, no visualizaban la asistencia de los mismos dentro del área que los ocupa como fundamental, así pues, realizaban énfasis en la importancia de que el rol de paciente se ubique principalmente en acciones que conlleven a un cambio de estilo de vida que involucre promoción de estilo de vida saludable, sin embargo, reconocen que el factor económico y el nivel educativo limita la asistencia de los pacientes al programa.

Por último, se ubica al gerontólogo, quien desde su perspectiva situó la importancia de puntos anteriores como la aceptación del paciente hacia su enfermedad y el nivel socio económico, como elementos importantes que intervienen en el ejercicio del rol de paciente, sin embargo, éste hizo un aporte significativo en la medida que mencionaba la importancia del profesional y su enseñanza activa durante éste proceso, para que el paciente genere una conciencia de incorporar en su cotidiano acciones propias de su rol.

Es importante destacar que no existe una diferencia significativa entre la perspectiva de profesionales del régimen contributivo y del régimen subsidiado respecto a las acciones que consideran debe llevar a cabo el paciente dentro de los programas. No obstante, se pudo evidenciar que dentro del régimen subsidiado, se le brinda una mayor importancia al contexto del paciente y la forma como este influye en su proceso de tratamiento, gracias a la entrevista brindada por el gerontólogo, además de la preocupación por llegar un poco más hacia el paciente e influir en el mismo, lo cual permitió ver una diferencia en el paradigma que adoptan los profesionales en su proceso de intervención.

A continuación se presentará dentro de la tabla n°1, la perspectiva de los profesionales del régimen contributivo y subsidiado acerca del rol de paciente.

Tabla n°1-Perspectiva de los profesionales acerca del rol del paciente-

	Médico General/ internista	Nutricionista	Fisioterapeuta	Enfermero/ Auxiliares de Enfermería	Psicólogo/ Trabajador social	Gerontólogo
Régimen Contributivo	<p>“(…) Toman el medicamento porque les toca, lo hacen de mala gana...sí cómo que no.”</p> <p>“(…)El manejo farmacológico es más importante”</p> <p>“(…)Capacidad mental para poder asimilar su enfermedad, la aceptación del diagnóstico, además del apoyo familiar”</p>	<p>“(…)La desinformación y la poca educación diabetológica que existe, debería ser una prioridad aprender esto para el paciente”</p> <p>“(…)Mejorar la conducta alimentaria y el autocuidado”</p> <p>“(…)La relación que ellos tienen con la familia, en términos de la necesidad de comer por diferentes, por ejemplo lo emocional, la parte de la</p>	<p>“(…)Preocuparse por hacer el ejercicio, el saber llegar a ellos es muy importante”</p> <p>“(…)Influye el estrato socioeconómico: la gente de escasos recursos difícilmente piensa en hacer ejercicio, en qué debemos cuidarnos, en qué debemos comer sano”</p> <p>“(…)El nivel educativo, es más aquí viene una señoras de otros estratos-no necesariamente las de estrato 1- estrato2 y hacen</p>	<p>“(…)Hemos tratado de hacer como un engranaje desde esa área para ayudarle al paciente, entonces pienso que esa oportunidad o ese entrenamiento en las charlas fue enriquecedor, desde ese punto de vista”</p>	<p>“(…)Ah! No, pues todo, hipertensión, diabetes, definitivamente es el resultado de unos malos hábitos en la vida, definitivamente, yo creo que uno si los puede llegar a controlar, pero es enseñar a hacer eso”</p> <p>“(…)Aceptación del diagnóstico, aceptación del tratamiento, de los cambios que debe haber. Obviamente, pues ellos, yo creo que la mayoría son totalmente conscientes de eso, pero entran en ese proceso de</p>	

		ansiedad”	ejercicio, tienen en su casa la máquina, la estática, van a la piscina, hacer ejercicio, entonces el nivel educativo es muy importante”.		que no, que no, pensando que nunca les va a pasar a ellos “(…)cambios de estilo de vida”	
Régimen subsidiado	“(…)Lo más importante es que el paciente se mejore y siga su tratamiento farmacológico”		“(…)Que exista Interés de parte de los pacientes en llevar sus propios implementos para la realización de actividad Física”	“(…)El entorno que los rodea influye muchísimo, mantienen un nivel de estrés bastante- y de preocupación, Fundamental el apoyo grupal”	“(…)La información de usted no puede hacer esto, porque se lo estamos prohibiendo a, eh! contarles la historia de una formas más, eh! sería ideal alimentarnos así, por esto y esto, mira que esto es más rico o mira que te propongo esta opción: combinar esto con Esto,”	“(…)Es importante que exista Receptividad ante la información e interés del profesional. La Colectividad y el contexto se ven dinamizadora de procesos”

Las acciones que llevan a cabo los pacientes, tienen varios contrastes. Por un lado, se encuentran quienes presentan una asunción de rol, sobre todo los de mayor nivel educativo y quienes tienen mayor acompañamiento familiar. Es decir, se identifican a sí mismos como pacientes con voluntad de mejoría, que además de seguir un tratamiento farmacológico, procuran implementar cambios en su estilo de vida que permiten completar su proceso terapéutico, aunque presenten dificultades en ciertos aspectos como: la constancia en la asunción definitiva de un cambio en sus estilos de vida, el cumplimiento de citas y la asistencia a control. Tratan de seguir lo socialmente establecido (entendiendo por esto las indicaciones que les brindan los profesionales del programa y en ocasiones el seguimiento que brinda su familia –apoyo social- a su proceso), procuran informarse un poco más acerca de su enfermedad y a pesar de las limitaciones económicas y socioculturales que suelen influir en su accionar, tratan de mantener un equilibrio dentro de las mismas en su proceso terapéutico. Lo anterior, tiene relación con que a través de dicha asunción aprovechan las ventajas en términos de identidad que puede conllevar dicho rol, es decir, vislumbran como positivo asumir ese rol para lograr el bienestar propio (mejorar su condición de enfermo).

PACIENTE RÉGIMEN SUBSIDIADO	PACIENTE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
“(…)Si, en dos meses más o menos, estuve tomándome unos medicamentos, pero es que uno empieza bien, y luego se va desorganizando. Pues un poco de preocupación, para ponerme las pilas... con el ejercicio, hacer un poco más de ejercicio, tener estilos de vida más sanos” (Hombre, hipertenso y diabético)	“(…) Mi estilo de vida ha cambiado, la alimentación, más cambios, más ejercicios. Comía de todo, todo me parecía rico, yo mantenía comiendo fritanga de todo y a deshoras grasas, harinas. Ya no, como mucha verdura he bajado mucho las harinas me siento bien” (Mujer, hipertensa)
“Pues es bueno porque uno se va dando cuenta de cosas y todo pues si uno va poniendo como más cuidado (...)” “(…)Yo no era como muy dada a ir	“Definitivamente lo primero a empezar a cambiar hábitos en términos de alcohol y cigarrillo (...)” “(…)un poquito a cambiar comidas más saludables como frutas y verduras a

<p>donde el médico ...pero después uno va entendiendo y le dicen que si se cuida y todo, entonces que si se cuida lleva una vida larga, mejora la dieta” (Mujer ,diabética)</p>	<p>mis hábitos alimenticios que no lo hacía que a partir de ese momento empezó a hacerse más seguido el hecho de ingerir frutas verduras a bajarle a la comida chatarra o de la calle y empecé hacer una comida más sana, más casera, dejar de comer en la calle, empezar adoptar esos hábitos básicamente los ejercicios no tanto, yo con el ejercicio soy muy irregular” (Hombre ,hipertenso)</p>
--	---

Por otro lado, se encuentran los pacientes que presentan una distancia de rol, sobre todo los de menor nivel educativo y quienes tienen menor acompañamiento familiar. Éstos se pueden identificar por manifestar poco interés en su proceso terapéutico, tratan de seguir su tratamiento farmacológico pero no incorporan con facilidad otros cambios en su estilo de vida, argumentando no presentar síntomas, muestran una actitud pasiva durante el mismo, solo dicen seguir las indicaciones del médico siempre y cuando las consideren correctas, además su actitud denota rechazo hacia la enfermedad y en algunos casos la niegan, así pues, puede verse como los pacientes tratan de alejar su individualidad de la condición o status otorgado por el sistema de salud y el profesional del programa, para introducir en su cotidiano acciones que estos consideran más acordes con su rol, es decir, actúan de la manera que ellos mismos consideran debe actuar un paciente, independientemente de si es acorde a las indicaciones médicas brindadas o no.

PACIENTE RÉGIMEN SUBSIDIADO	PACIENTE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
<p>“(...)No, yo almuerzo normal, lo mismo, yo no hago cambio... cuando hay arroz como papa, cuando no hay arroz, variadito y pues la pasta ” “(...) Él me decía que no tome más aguardiente que es malo, y no que va! Si fuera ya me había muerto.(...)” (Hombre, diabético)</p>	<p>“(...)Le mandan a uno desayunar ciertas cosas, pero a ver todo lo que ellos le dicen a uno eso está muy bien, PERO muchas veces uno no cuenta con los recursos DIGAMOS para ser constante, en esas situaciones, en esas dietas PORQUE todo amerita un gasto” “poco a poco YO fui mermando hasta que dije me siento bien y yo no siento</p>

	nada raro y no volví a tomarlos, los medicamentos, después fui y me lo cambiaron por otro de menor valor y ahí estoy a veces voy a control y a veces me los tomo Y A VECES NO pero la mayoría de la veces yo no le pongo cuidado a eso, yo me siento bien como si no tuviera nada” (Hombre, hipertenso)
“(...) Ayyy, la pereza. La pereza, no he vuelto a ir a control, yo he vuelto nada más pal control del médico para que me tome la presión y esta que me chuzan aquí, pero al médico no he ido. Cuando el médico me dice, allá están en promoción, hágase estos exámenes, yo me voy y me los hago. Hay veces que me salen malos los exámenes, me sale mala la orina, ahí si tengo que ir a la brava” (Mujer, hipertensa)	“(...)Porque rechazo la enfermedad que la tenga, yo me niego a creer que estoy enferma, entonces yo todavía... yo, yo digo que todavía yo no acepto de que tengo la enfermedad y que por eso, por eso a mí me cuesta tomarme la, la medicamentos” (Mujer, diabética e hipertensa)

De esta manera, podemos ver que la distancia de rol y asunción de rol tienen una estrecha relación con la individualidad del paciente, es decir, en estos procesos además de intervenir la interacción con el contexto y el status que le otorga la sociedad de “paciente” al individuo, intervienen en él elementos psicológicos provenientes de la auto imagen como lo son la aceptación de la enfermedad y adaptación del individuo a la misma, además de los recursos que este empieza a generar para afrontar dichos procesos, que en ocasiones sirven para fortalecer esa asunción de rol y en otras contribuye a que este se distancie del mismo.

Además, es importante resaltar que el contexto juega un papel importante para que se presenten estos tipos de rol. El sistema de salud colombiano privilegia un paradigma biomédico que favorece la relación instrumental entre el profesional-paciente, amparada por normatividades que asignan un tiempo específico de consulta y poca integración entre las diversas áreas que intervienen dentro de los programas, por lo tanto, cuando en el proceso de interacción entre ambos el

profesional no genera una conciencia sobre la importancia de un rol activo por parte de este último en el proceso y no brinda información e indicaciones adecuadas sobre la enfermedad que vayan más allá e impacten en la vida del individuo, además de brindar y promover un status de paciente más activo, se produce esa distancia de rol que influye indudablemente en la baja adherencia a los programas.

8. CAPÍTULO VIII

“ESTO ES LO QUE FACILITA Y DIFICULTA MI PROCESO DE TRATAMIENTO”

Durante este capítulo trataremos de dar a conocer aquellos aspectos del rol del paciente, además de otros factores que dificultan o facilitan la adherencia al tratamiento.

Cuando nos referimos a la adherencia terapéutica, hablamos de “un proceso a través del cual el paciente lleva a cabo las indicaciones del profesional que le atiende, es decir, cumple con las prescripciones referidas por el mismo. Por el contrario cuando por alguna razón el paciente no sigue con su tratamiento existe una falta de adherencia” (Puente, 1985:10)

Es importante destacar que dentro de la adherencia terapéutica intervienen múltiples factores, como el sistema de salud en general, la relación profesional - paciente, estilo de vida y contexto familiar del paciente, así pues, esta no debe verse como producto de un proceso unilateral, es decir, en donde la principal responsabilidad recae sobre el paciente únicamente, sino, como resultado de la interacción de diversos elementos.

En este sentido, es importante resaltar que el cumplimiento del tratamiento en patologías como la DM2 e HTA debe ser continuo, sin embargo, en la mayoría de los casos existe dificultad en este punto, dado que, los beneficios del tratamiento se perciben a mediano o largo plazo, por lo tanto, la consecuencia inmediata de su aplicación no conlleva a una satisfacción significativa. Lo anterior, tiene una estrecha relación con la actitud del paciente y el ejercicio de su rol, así pues, encontramos que la aceptación de la enfermedad y conciencia de la misma, es un punto altamente favorecedor para la adherencia terapéutica.

De esta forma, aspectos del papel del paciente como la toma de medicamentos y las modificaciones al estilo de vida, continúan representando puntos importantes para la adherencia terapéutica, dado que, esta última depende en mayor medida

de la conducta del paciente, la cual se encuentra estrechamente relacionada con cómo el paciente asume y desempeña su rol.

Otro aspecto que favorece la adherencia terapéutica, es el apoyo social, para efectos de la presente investigación, entenderemos a este como “una práctica de cuidado que se da en el intercambio de relaciones e interacciones entre las personas y se caracteriza por expresiones de afecto, afirmación o respaldo de los comportamientos de otra persona, que entrega de ayuda simbólica o material a otro” (Vega et al, 2009:5). Podríamos decir que el apoyo social proviene principalmente de familiares, amigos o personas cercanas al paciente, de esta manera, durante el proceso terapéutico la existencia de algún tipo de apoyo social contribuye significativamente a la mejora del paciente o al menos a que éste tenga algún tipo de estabilidad durante el proceso de tratamiento.

Así pues, el apoyo social tiene cuatro tipos de funciones reconocidas:

“La primera de ellas tiene relación con el soporte emocional, que brindan al paciente sentimientos de confianza, seguridad, etc. La segunda el valorativo, representa la sensación percibida por el paciente en la que puede contar con alguien, y sentirse acompañado socialmente; tercero el informacional, también conocido como consejo o guía, que ayuda a definir y enfrentar los eventos problemáticos mediante asesoramiento por parte de algún tipo de red de apoyo; y por último la instrumental constituye la ayuda tangible y material en la solución a un problema” (Ibíd.2009:6)

Los pacientes provenientes tanto de IPS de régimen subsidiado como contributivo, coinciden en manifestar la necesidad de que exista apoyo social dentro de su proceso terapéutico, sin embargo clasifican de manera diferente la intensidad y el tipo de apoyo. Para algunos el soporte emocional es evidente y constante, por ejemplo en lo que tiene que ver con el acompañamiento al cambio en la dieta alimenticia; algunas familias han incorporado transformaciones de este tipo en el núcleo para apoyar el proceso del paciente, otros cuentan con un apoyo social de

carácter instrumental en la medida que reciben ayuda con la toma de medicamentos o el acompañamiento durante las citas médicas.

PACIENTE DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	PACIENTE DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
<i>“(…) Pues la señora es la que vea tome la pastillita, que no se le olvide que vea y que esto tal cual pero no pues ya me acostumbre esa vaina y como ella también es hipertensa, entonces si ella si se preocupa por eso pues ella dice por el niño, que porque nosotros tenemos el niño y que cualquier cosa. Pero que ya me acostumbre a tomarse esa pasta de todas formas en algo hay que decir que hay que ayudarse uno ya que lo ayudan a uno “ (Hombre, hipertenso)</i>	<i>“(…)Familia, tu familia puede tener toda la voluntad del mundo pero el que se tiene que cuidar eres tú, entonces bajo esa perspectiva pues me llevó pues a entender de que, tengo que hacer cambios solamente y que mi familia éste involucrada en esto pues que contribuyan desde el punto de vista que ellos son pendientes, me ayuda mucho” (Hombre, diabético)</i>
<i>“(.) Uno no sabe pues ahorita uno dice no pues como no siente nada puedo estar con la presión bien así como me paso el día que fuí a odontología que pues no tenía nada y de un momento a otro se me subió la presión entonces pues uno tiene que ser consecuente con lo de la enfermedad y estar pendiente de eso yo siempre he sido muy cuidadosa con eso porque uno puede tener una subida de presión puede traer otras consecuencias entonces siempre además no solo sufro yo si también mis hijos mi familia y tengo que pensar en ellos, ya que ellos también se preocupan por mí” (Mujer, hipertensa)</i>	<i>“(…)El apoyo de la familia fue indispensable porque si yo no tuviera el apoyo de mi familia imagínese que sería, desastroso porque de todas maneras uno hay quien le esté recordando vea los medicamentos que lleve, que tiene esta terapia la llevo o qué” (Mujer, diabética e hipertensa)</i>

Los profesionales también califican como importante la contribución del apoyo social durante el proceso de tratamiento, sin embargo, este suele ser reconocido principalmente por médicos generales o internistas, más que por otros profesionales que integran los programas, dado que, las consultas que deben realizar con los pacientes son más continuas, lo que les permite generar una interacción más o menos amplia y reconocer el valor de este aspecto en sus vidas, especialmente en personas de la tercera edad. De esta forma, se encuentra que los médicos del régimen contributivo son quienes hacen mención de ello, mientras que en el régimen subsidiado quien se preocupaba más por este aspecto era la profesional de gerontología.

	<i>Médico general</i>	<i>Médico internista</i>	<i>Gerontólogo(a)</i>
<i>Régimen contributivo</i>	<i>“(...) Un paciente que venga solo a consulta no nos sirve. No nos sirve porque se pierde la... muchas veces el paciente mire el paciente va y dice la mitad de la información, es importante que venga acompañado de un acudiente”</i>	<i>“(...) Mucho depende del paciente, de nuestro apoyo familiar eh yo diría que más del cincuenta por ciento, otro factor ya en el otra porción depende es de que la posibilidad de que el paciente no se desafilie (...)”</i>	
<i>Régimen subsidiado</i>			<i>“(...) Aquí nosotros llegamos a la casa del usuario, nosotros hacemos acercamiento a la familia, nosotros</i>

	<i>trabajamos con la familia, en la mayoría de las instituciones con trabajan con la familia de los adultos... es que es eso... Es también reconocer que el adulto mayor tiene sus necesidades y que tiene sus limitaciones"</i>
--	--

Se encuentran también aquellos pacientes que carecen de un apoyo social o es deficiente frente a las necesidades emocionales o afectivas que requieren satisfacer. Esta condición incurre en que su proceso terapéutico sea más débil y algunas veces en la deserción total o parcial del proceso. Ésta situación puede verse como una parte del contexto que igualmente tiene relación con la distancia de rol y la pasividad del paciente dentro de su tratamiento, pues la vida personal del mismo incide notablemente en la manera como este desempeña su rol.

PACIENTE DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	PACIENTE DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
<i>"(...) Ah como yo veía que la salud estaba muy completo como para decir que tenía malo la diabetes cuando veo que las funciones de mi cuerpo ya no son lo mismo porque yo era uno estando más joven, no como yo viajo y mantengo solo la mayoría de veces no me acuerdo de tomarme pastas ni nada de eso" (Hombre, diabético)</i>	<i>"(...)No sé... me da pena... no me gusta, me da vergüenza, siento temor, como... no sé si es complejo, no se... realmente no se... como le digo no me gusta... no hay nadie que me acompañe" (Mujer, diabética)</i>

En este sentido, los profesionales también reconocen cuando el paciente carece de un apoyo social y así mismo, lo equiparan con una dificultad para el desarrollo del proceso, pues para algunos de estos la inexistencia de una red de apoyo afecta la salud emocional del paciente. A continuación en la tabla n°2 se pueden contemplar alguna de las perspectivas de los profesionales respecto a este punto.

	<i>Médico general</i>	<i>Gerontólogo</i>	<i>Auxiliar de enfermería</i>	<i>Nutricionista</i>
<i>Régimen contributivo</i>	<i>“(…) La parte emocional afecta muchísimo, yo pienso que es básico que el paciente, cuente con algún tipo de apoyo”</i>		<i>“(…)Aspectos de la vida personal de estas personas, el soporte emocional es muy importante, cuando no se presenta hay muchas inconformidades”</i>	<i>“(…)Son muchos cambios, yo creo que todavía el paciente que le diagnostican diabetes y más si le van a iniciar una insulina, viene con muchos miedos, con muchos tabúes y la familia igual le ayuda a bajar esa partecita”,</i>
<i>Régimen subsidiado</i>	<i>“(…) La familia como parte fundamental para el control. cuando esta no está existen muchas dificultades en el proceso”</i>	<i>“(…)Parte sí, tú vienes aquí el familiar entra en la consulta, en otra parte dice que lo acompañe alguien, pero se queda afuera y el adulto</i>		

		<i>sigue... no... cómo se va a trabajar así</i>		
--	--	---	--	--

Otro de los aspectos del papel del paciente que favorece la adherencia terapéutica es la relación profesional- paciente, como lo hemos mencionado anteriormente, la interacción establecida es necesaria pero no del todo suficiente para asegurar la adherencia, la confianza en la eficacia terapéutica del profesional y la actitud del paciente (como lo mencionamos arriba en este apartado) influye notablemente, así pues, es menester decir que la consecución de sus expectativas, la correcta comprensión de las instrucciones, y las explicaciones del médico influyen en la adherencia en la medida que logra construirse una relación de confianza y cercanía con el profesional que orienta el programa.

PACIENTE RÉGIMEN SUBSIDIADO	PACIENTE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
“(...)Soy muy amiga de todos, todos me caen bien la voy con todos entonces por eso no desde el portero hasta las cajeras y todo las conozco me conocen y todo entonces no tengo ninguna queja de ellos la atención ha sido muy buena” (Mujer, hipertensa)	“(...)A raíz de que me metieron en el programa de obesidad yo vi que había como un interés ya en la salud de uno entonces ya uno, ya a uno le importaba a la entidad como tal como su enfermedad” (Mujer, diabética e hipertensa)
“(...)Y ahora acá ya me cogió el doctor Mosquera que es una eminencia de médico y eso me chequea cada mes, sabe dónde tengo que ir, me manda mi droga me manda exámenes cada mes cada tres meses estoy, muy bien de los exámenes y él se preocupa mucho por uno” (Hombre, hipertenso)	“(...)Acá fue donde ellos me explicaron que para que no sufriera de eso tenía que hacer esto y esto, la atención ha sido buena” (Mujer, hipertensa)

Sin embargo, son muy pocos los pacientes que logran establecer un vínculo o “unión afectiva o cercana que tenemos con otra persona” (Bowlby,2012:23) con el

profesional a cargo, independientemente del régimen en el que este se encuentre, lo cual limita la asistencia de los mismos a los espacios de consulta, los profesionales que son conscientes de esto tratan transformar esta situación, no obstante, las limitaciones establecidas por la normatividad del programa y del sistema de salud en general, influyen notablemente en este aspecto tanto en profesionales y pacientes provenientes del régimen subsidiado como del régimen contributivo.

PACIENTE RÉGIMEN SUBSIDIADO	PACIENTE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
“(…)Porque los médicos en el hospital no ellos o sea para decirte la real verdad a ellos no les ha interesado a ninguno de ellos ni porque ni de que ni nada, nada de la vida de uno” (Hombre, diabético)	“Tengo Desconfianza hacia el medico por experiencias previas” (Hombre, hipertenso)
“(…)No, ella no pregunta nada, solo lo pesa y si uno le lleva los exámenes y los mira y están altos y ya cuídese” (Hombre, hipertenso y diabético)	“(…)Mira a mí me atendió el médico que me atendió puede ser muy bueno pero sí que tienes a si claro entonces está pendiente en el computador y yo no tengo contacto visual con él y a mí me disgusta eso” (Mujer, hipertensa)

Por otro lado, se puede evidenciar que uno de los aspectos del papel del paciente que influye significativamente en la adherencia terapéutica es el sistema de creencias que tenga, en torno al concepto de salud y de enfermedad, como también afirmaciones provenientes de saberes populares y de carácter religioso.

Algunos de los pacientes, tienen un concepto de salud muy bueno, es decir, el paradigma desde el cual se ubican tiene en cuenta lo socio-médico, lo que le permite tener una perspectiva de la salud más activa y completa, esto facilita la conciencia acerca del rol que deben desempeñar dentro de su proceso terapéutico. Otros por el contrario, no visualizan su responsabilidad dentro de ello, y para estos debe existir la presencia del algún síntoma que curar, para considerarse como enfermo, así pues, siendo la diabetes e hipertensión

enfermedades caracterizadas por no presentar síntomas significativos al inicio de las mismas, los pacientes al no sentirse mal y/o enfermo no hacen conciencia sobre la importancia de seguir su tratamiento terapéutico.

PACIENTE RÉGIMEN SUBSIDIADO	PACIENTE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
“(…)No porque si a uno no le duele nada, uno dice: “no pues para qué voy donde el médico si él me va a quitar todo uno va donde el médico y le quita todas las comidas buenas y de ahí lo manda a uno pa’ la casa. Entonces yo por eso, no jalo mucho pa’onde el médico” (Hombre , hipertenso y diabético)	“(…)No he cambiado totalmente mi estilo de vida voy bien pues no digo que hay veces que me da y se me sube un poquito la presión pero no pasa nada entonces lo voy dejando como atrás, y no tomo la pasta” (Mujer, hipertensa)

Por otra parte, se encuentran aquellos pacientes quienes consideran que tomar medicamentos es perjudicial para el organismo y basan su tratamiento en saberes populares acerca de la cura para la diabetes e hipertensión, en su mayoría provenientes de la medicina alternativa, sin embargo, existen algunos que combinan la medicina alternativa y tradicional en su proceso de tratamiento.

PACIENTE RÉGIMEN SUBSIDIADO	PACIENTE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
“(…)Si, más de uno ve estas tomando que tomate esto que esta hierbita que no sé qué; por allí me dijeron que tomaron jugo de limón por la mañana, un señor se quitó la diabetes por aquí con eso” (Hombre , hipertenso)	“(…)Me iba más que todo por las hierbas por lo que me decían de remedios caseros” (Mujer, diabética e hipertensa)
“(…)Yo estoy tomando en estos momentos la zarzaparrilla, ya me compré mis seis tarros y ya llevo como tres, voy por los otros tres y así, que me ayudan mucho, me pude mejorar el sistema nervioso dice allí, entonces, no tengo esa vaina pero no está de más que de pronto se alborote eso.” (Hombre, hipertenso)	“(…)Pues si yo me tomo los medicamentos pero no con juicio la verdad ya sabe yo prefiero tomarme las aguas o los remedios caseros “(Mujer, hipertensa)

Muchos de los pacientes, tienen creencias religiosas fuertes que en ocasiones van en contra de lo que espera el programa y los profesionales respecto a la conducta del paciente, por lo tanto, algunos dejan de asistir a los controles mensuales a pesar de seguir un tratamiento farmacológico, argumentando que su salud está en manos de Dios.

PACIENTE RÉGIMEN SUBSIDIADO	PACIENTE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
“(…)No, pues no le daba mente yo a eso, no le digo que yo nunca le he dado mente a enfermedades, yo nunca le he parado bolas, que yo no sé, será que por eso es que no me enfermo, así que diga que de otras cosas ni nada, porque pues yo, no sé si será la fe que tengo ante Dios” (Hombre, hipertenso)	“(…)Y por la fe yo le puse tanta fe a mi Diosito de que me curara de esa diabetes. es más yo digo que yo soy sana en el nombre poderoso de mi Diosito que, que yo ya no tengo la diabetes así me digan que tengo diabetes yo me, me niego a decir que tengo diabetes” (Mujer, diabética e hipertenso)

Aunque, algunos reconocen las limitaciones que generan las creencias individuales para la existencia de una adherencia terapéutica, la mayoría de los pacientes no lo identifican como problema. Estas afirmaciones provenientes de saberes populares y arraigadas a la religión se presentan sin distinción de régimen o sexo, sin embargo, se podría decir que los adultos mayores o personas de mediana edad tienen mayor aceptación de ellas.

Por otra parte cabe destacar que la mayoría de profesionales que integran los programas reconocen que el sistema de creencias individual de los pacientes, influye muchísimo en cuanto a la adherencia se refiere y en algunas ocasiones ven al mismo como un limitante para el buen desarrollo del proceso terapéutico.

	<i>Médico general</i>	<i>Psicóloga</i>
<i>Régimen contributivo</i>	<i>“(…)De digamos sus creencias, mitos, etcétera, que pueda tener acerca de las enfermedades, si encontramos muchas creencias equivocadas de los pacientes respecto a sus enfermedades que vienen arraigadas en su digamos en su disco duro incluso algunos a pesar de que se les ha explicado muchísimo sobre la situación, continúan por lo mismo”</i>	
<i>Régimen subsidiado</i>	<i>“(…)Creencias de los pacientes. Influencia del factor sociocultural, a veces limita mucho de lo que hacen y la adherencia al tratamiento”</i>	<i>“(…)Las creencias lo emocional influye, ¿sí? en todas estas cosas que son fisiológicas como tal, pero las creencias acerca de la salud también termina influenciando en la adherencia”</i>

A lo largo de este apartado se ha venido señalando aquellos aspectos del papel del paciente que favorecen o dificultan la adherencia terapéutica, no obstante, el concepto de adherencia va mucho más allá de la responsabilidad del paciente, para involucrar además el contexto y al profesional que integra los programas

El sistema de salud colombiano, hace parte del Sistema Seguridad social de Colombia regulado por el gobierno nacional, por intermedio del Ministerio de la Salud y Protección Social (Colombia) y del Ministerio de Trabajo, bajo mandato constitucional y delegado en parte al sector privado. El sistema general de

seguridad social del país está reglamentado por la Ley 100, expedida el 23 de diciembre de 1993.

De esta forma, el sistema de salud está compuesto por tres entes: el Estado, los aseguradores, entidades privadas responsables de administrar los riesgos relacionados con salud por enfermedad general o por enfermedad y accidentes laborales (entidades promotoras de salud (EPS), administradoras de riesgos laborales(ARL) y los prestadores que son las instituciones prestadoras de salud (IPS): hospitales, clínicas y laboratorios quienes prestan el servicio directamente a los usuarios las cuales pueden ser públicas o privadas.

En este orden de ideas, tanto usuarios de los servicios, como quienes trabajan dentro de las entidades de carácter público (régimen subsidiado) o privado (régimen contributivo) deben cumplir con lo reglamentado en la ley 100.

Uno de los principales limitantes del contexto para la adherencia terapéutica, es el tiempo de consulta, la resolución 5261 de 1994 en su artículo 97 como lo establece la ley 100 de 1993 habla acerca de ello,

“El médico es la base y el motor de todo el engranaje de salud que se describe, conjuntamente con el personal paramédico y auxiliar, quienes serán la entrada al sistema. El contacto del paciente con la E.P.S será más estrecho frecuente y regular a través de su médico general. Será el quien establezca las pautas para la promoción y prevención. La consulta no debe ser menor ni mayor a 20 minutos (...)” (Resolución 5261 de 1994)

Pacientes y profesionales manifestaban que el tiempo de consulta es poco para que el paciente dé a conocer, además de los resultados de los exámenes, dudas, molestias y temores frente a su proceso terapéutico. Sin distinción de régimen el tiempo de consulta es el mismo, y a pesar de que algunos profesionales realizaran un esfuerzo por alargar los espacios de interacción profesional–paciente, continúan siendo insuficientes a la hora de tratar con enfermedades que

involucran tantos aspectos de la vida del paciente como lo son la diabetes e hipertensión.

PACIENTE RÉGIMEN SUBSIDIADO	PACIENTE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
<i>“(…)No estando allá para acá por que los médicos... allá es donde uno pues tiene más este pa’ escuchar porque más ponerle cuidado a las cosas que le dicen pero de todas formas allá le quieren hacer el favor como dice uno, pero la consulta es cortica” (Hombre, diabético)</i>	<i>“(…)Sí y de pronto era molestar diciéndole ay, sería tan amable usted me podría volver a explicar tal cosa porque es que no le entendí, ah bueno entonces me explicaba y a mí se me olvidaba o a veces llegaban y me decían es que usted tiene que sacar otra cita, se acabó el tiempo de consulta” (Mujer, hipertensa y diabética)</i>

PROFESIONAL DE RÉGIMEN SUBSIDIADO	PROFESIONAL DE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
<i>“(…)No existe una capacitación sobre la enfermedad y el tiempo de consulta es muy poco” (Médico general)</i>	<i>“(…)Lo triste es que a veces... yo tengo 30 minutos, de consulta y es muy poco”(Médico general)</i>
<i>“(…)Instrumento evaluativo es malo, y tiempo de consulta poco, mucha población para tan poco personal” (Gerontólogo)</i>	<i>“(…)Es una consulta de tiempo muy corto, son veinte (20) minutos, donde a veces tiempos de espera son diez (10), cuarenta (40) minutos en un año” (Nutricionista)</i>

En consecuencia, la claridad con la que el médico explica al paciente el tratamiento se ve limitada, lo cual tiene un gran impacto en la disciplina terapéutica del enfermo, además, el grado de comprensión de las indicaciones o recomendaciones prescritas se ve afectado por el tiempo de duración de consulta, y también permea negativamente la relación profesional- paciente.

Otro de los aspectos del contexto que limita la adherencia terapéutica tiene relación con la asignación de citas y remisión a especialistas, estos procedimientos tienen una larga duración, lo cual influye en que el paciente presente una continuidad en el tratamiento pues algunos manifestaban que el que

las citas a especialistas se demoraran tanto, y sean tan separadas una de otra hacen que el interés en su proceso de tratamiento disminuya notablemente. Lo anterior, se pudo evidenciar tanto en pacientes de régimen subsidiado como de régimen contributivo, sin distinción de sexo, edad o tipo de padecimiento.

PACIENTE RÉGIMEN SUBSIDIADO	PACIENTE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
“(…)Bueno en el año le programan a uno una cita mensual una un mes con la enfermera un mes con la doctora en enfermería y se demoran mucho con eso”(Mujer, hipertensa)	“(…)Yo me canse y no fui más, mucha vuelta, mucha vaina, no me gustan las tramitologías, mucha demora en las citas” (Hombre, diabético)
“(…)Eso es como muy pobre eso le tira muy duro uno tiene que madrugar a las tres o cuatro de la mañana, para que le den a uno la cita tarde, o no se la den rápido”(Hombre, hipertenso y diabético)	“(…)Siempre iba donde la doctora o si no con la enfermera que era la encargada del programa y cuando revisaban siempre citas para un mes, dos meses al igual yo he sido muy incumplida, no iba regularmente a las citas, no voy a las citas” (Mujer, hipertensa)

Para finalizar con los aspectos del contexto que influyen en la adherencia, existe uno que se constituye en fundamental; tiene relación con las guías de atención para la diabetes e hipertensión implementadas, en cuanto a la parte educativa del programa de prevención y control se refiere, para algunos de los pacientes las charlas ofrecidas solo se limitan tratar temas meramente instrumentales de la enfermedad: sintomatología, formas de administrar los medicamentos, efectos a largo plazo. Éstas no causan mayor impacto en el paciente, por lo tanto, no vislumbrar la importancia de las mismas ni del apoyo grupal, al ser repetitivas el paciente considera haber adquirido los conocimientos necesarios para el manejo de su enfermedad, viendo como inoportuna su asistencia a las charlas y algunas veces el continuar su proceso de tratamiento por ser “siempre lo mismo”.

PACIENTE RÉGIMEN SUBSIDIADO	PACIENTE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
<p>“(…)Es duro, es lo que te digo no le dan opciones de hacer otra cosa, porque de pronto le van a dar una escuela es decir una escuela donde le den opciones ya eso sería como una escuela de culinaria, no sé qué ellos mismos le den opciones, que no todas las charlas traten de lo mismo” (Hombre. diabético e hipertenso)</p>	<p>“(…)Deberían individualizar más los casos y charlas o encaso especiales o venga usted, a usted se puede tratar de esta forma, no sé, o propóngase a hacer esto mire y que estén y que lo lleven a uno por las buenas, mejor dicho que no sea solo por la charla y ya” (Hombre, hipertenso)</p>
<p>“(…)Deberían decirle a uno bien, esto le dio por esto, porque usted hacia esto, darle por qué pero no, no mas no comas esto, prohibiendo pero no le dicen porque le prohíben eso, que esto te engorda, que esto te sube y no mas pero no le dicen si usted se come una papa se le sube tantos carbohidratos, de explicarle a uno bien porque uno no se puede comer una papita, porque uno puede expulsar tanta cosas o que el adulto ya no es como un niño que come muchas calorías los niños entre más consuman cositas así dulces porque ellos queman mucho y decirle es que ustedes no queman tanto como un niño eso lo oye uno así porque ellos deberían decírselo a uno pero eso no se lo dicen a uno, es solo charlas para decir que prohíben y ya” (Mujer, diabética e hipertensa)</p>	<p>“(…)La verdad a mí me parece regular yo se lo he dicho a ellos regular o sea uno como paciente espera más la verdad, de las charlas y la atención” (Mujer, diabética e hipertensa)</p>

Aunque algunos de los profesionales consideraban que existen muchas cosas que es necesario y pertinente mejorar en los procesos educativos y en las guías de atención, expresaban que es muy difícil, dada la normatividad existente en los programas y los modelos ya establecidos para realizarlas.

Como se ha podido ver a lo largo de éste capítulo, la adherencia terapéutica en pacientes crónicos es un proceso multidireccional, intervienen en ella variables derivadas del sistema de salud, del paciente y su rol, del sistema de creencias del paciente, del profesional y la relación establecida en las interacciones médico-paciente. Así pues, es importante conocer aquellos elementos que facilitan o dificultan dicho proceso dado que, La medicina institucional está empezando a reconocer la falta de cumplimiento del tratamiento como un grave problema, ya que en ésta se establecen sistemas de registro e identificación que permiten evaluar la efectividad y eficiencia de los programas terapéuticos para permitir en este sentido, generar estrategias desde el sistema de salud, las IPS y el equipo interdisciplinar que integra los programas de prevención y control que permitan fortalecer la asistencia y seguimiento del proceso terapéutico por parte de los pacientes para mejorar la calidad de dichos programas.

9. CAPÍTULO IX

A MANERA DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El objetivo fundamental de esta investigación era indagar sobre el rol del paciente en el proceso terapéutico en una IPS subsidiada y una contributiva de la ciudad de Cali, y la influencia de este en la adherencia terapéutica del paciente. Además, se buscaba hacer una comparación entre los dos tipos de IPS: subsidiada y contributiva, para encontrar las similitudes y diferencias en cuanto a la atención brindada por el profesional de la salud y factores que se relacionan con esta: relación profesional-paciente, lugar del paciente en el proceso terapéutico, paradigma médico desde el cual tanto pacientes como profesionales comprenden la salud, pacientes pasivos o activos y si había o no una asunción de rol , y factores que inciden en la adherencia terapéutica del paciente.

En este sentido, el trabajo realizado durante este proceso investigativo permitió dar cuenta de las siguientes conclusiones, las cuales pueden ser luz en el proceso de acompañamiento que se dé por parte de los profesionales de salud a los pacientes, donde se busque una atención integral al mismo y se motive a un adecuado proceso de adherencia y cambios en los hábitos de vida reconociendo al individuo como tal y al entorno que lo rodea.

- Durante la investigación se logró identificar que a pesar de las diferencias en atención que podrían sugerir los diferentes régimen del sistema de salud colombiano (subsidiado y contributivo), no se encuentra una diferencia significativa entre el manejo que le brindan las IPS del régimen subsidiado y las IPS del régimen contributivo a los programas de prevención y control para la DM2 y la HTA.

- La relación profesional-paciente dentro del proceso de tratamiento se encuentra condicionada por el paradigma desde el cual ambas partes significan la salud.
- La comunicación y atención que brinda el profesional es un factor fundamental en la construcción de la relación profesional-paciente.
- Las expectativas de los profesionales de la salud respecto al rol del paciente se centran en la adherencia y asunción de rol, más que en la distancia que este pueda tomar del mismo.
- Dependiendo de la especialidad del profesional dentro del campo de la salud, así mismo será la expectativa de rol que tiene respecto paciente dentro de su tratamiento. Así pues, los médicos esperan de su paciente adherencia farmacológica y cumplimiento de los controles, los fisioterapeutas que éste realice ejercicio físico, los nutricionistas que el paciente lleve una buena dieta alimenticia, etc.
- La buena relación entre el profesional y el paciente es uno de los pilares fundamentales para la adherencia terapéutica.
- El paradigma de salud desde el cual se ubica el paciente, concreta la manera en que éste desempeña su rol al interior de su proceso terapéutico.
- Los profesionales y pacientes caracterizan el rol de este último a partir de acciones que lleva o no a cabo durante su proceso terapéutico.
- La asunción o distancia de rol del paciente no está condicionada por el tipo de IPS (subsidiada o contributiva) en el cual éste se encuentre.

- Es importante brindar un lugar significativo al paciente, de forma tal que se logre fortalecer un rol activo del mismo durante el proceso terapéutico.
- La forma en que el paciente asume su rol tiene una gran influencia en su adherencia terapéutica.
- Los factores económicos, sociales, culturales y familiares de la vida del paciente inciden en la manera en que el paciente asume o se distancia de su rol, a su vez también inciden en la adherencia o no de éste al proceso terapéutico.
- La adherencia terapéutica al proceso de tratamiento por parte del paciente es más probable cuando existe una buena relación entre el profesional de la salud y éste.
- Los pacientes pasivos se caracterizan por no seguir las instrucciones brindadas por los profesionales, y no tener interés en fortalecer aspectos de su vida que puedan contribuir a su mejoría, en consecuencia, tienen menor adherencia al tratamiento terapéutico.
- Los pacientes activos muestran un mayor interés por cambiar sus hábitos de vida, seguir tratamiento terapéutico y lograr mejorar su salud.
- El poco tiempo destinado a las consultas por parte de los profesionales de la salud es uno de los factores principales que desmotivan la continuación en la asistencia de los pacientes a las citas médicas.
- Los conocimientos de los pacientes sobre su enfermedad, síntomas, y consecuencias de esta para la salud, permiten que sean más consiente

frente a la importancia de los cambios en hábitos de vida y adherencia terapéutica.

- El sistema de salud colombiano al priorizar un modelo de atención basado en el paradigma biomédico, fortalece la conducta pasiva del paciente durante el proceso de tratamiento de enfermedades crónicas como la DM2 Y HTA y que inevitablemente conduce a la falta de adherencia terapéutica a los programas.

Recomendaciones:

- Es importante que se trabaje con el equipo interdisciplinar en la manera que se aborda la problemática al momento de atender a los pacientes y se recalque la importancia de establecer relaciones más cordiales y menos instrumentales alrededor de los programas de prevención y control.
- Durante el proceso terapéutico es significativo que se trabaje con los pacientes en grupos de apoyo.
- Brindar una mayor importancia al acompañamiento psicosocial del paciente por parte de los profesionales en el área (Psicólogos, Trabajadores sociales).
- Brindar una mayor importancia a la perspectiva socio médica y su aporte altamente significativo, dentro de las intervenciones que se tengan con los pacientes dentro de las IPS por parte de los profesionales de la salud, pues las intervenciones de carácter biomédico, desconocen factores de la vida del paciente que pueden influir en las causas de la enfermedad y su posible tratamiento (más allá de lo netamente biológico) y motivan a la pasividad del paciente dentro de su tratamiento.

10. CAPÍTULO X

“UNA MIRADA DESDE EL TRABAJO SOCIAL”

“La presencia humana es insustituible en los procesos de enfermedad, dolor y muerte” (centro de humanización de la salud, 2005:3)

A lo largo de este capítulo, trataremos de brindar una perspectiva desde el trabajo social hacia los programas de prevención y control para la diabetes e hipertensión, que pueda servir como insumo para vislumbrar ciertos aspectos en los cuales disciplinas como la nuestra puede contribuir a fortalecer. Comprendiendo la necesidad de realizar una intervención integral y humanizada para las personas que padecen este tipo de enfermedades crónicas, quienes deben tener un gran apoyo por parte de los profesionales por los que son atendidos y sus familiares, amigos y vecinos más cercanos.

Es importante mencionar el aumento en las prevalencias de la DM2 e HTA en el contexto Colombiano y la preocupación de las entidades de salud por dar una efectiva respuesta a esta problemática de salud pública. De esta manera, dentro de algunas de las IPS de carácter público o privado, se ha venido implementando el programa de prevención y control para estas dos enfermedades que busca brindar un seguimiento y ayuda a quienes las padecen.

No obstante, la falta de asistencia y cumplimiento al tratamiento por parte del paciente ha comenzado a verse como un problema dentro de estos programas, pues a través de la asistencia a los mismos, además de evaluar la efectividad y eficiencia, se logran establecer medidas curativas y preventivas que posibiliten el adecuado control de la enfermedad en etapas tempranas.

La participación activa del paciente constituye un proceso que se ha venido complejizando a través de los años. La adherencia y el rol del paciente se ven

atravesados por diversos factores en donde la parte psicosocial del paciente cobra cada vez más interés.

Aunque los programas para la DM2 e HTA constituyan un esfuerzo multidisciplinar grande, como lo hemos venido mencionando en capítulos anteriores, los profesionales encargados del componente psicosocial como los psicólogos y trabajadores sociales, centran sus funciones en fortalecer la adherencia farmacológica y hábitos del paciente, más que en otros puntos importantes.

Por lo tanto, consideramos que en concordancia con las funciones e indicaciones del programa que debe seguir el o la trabajadora social, su participación puede ser significativa en los siguientes aspectos:

- Educación para la salud: Es menester decir que tanto en temas médicos como psicosociales, el trabajador social puede brindar herramientas en estos espacios. Cabe resaltar que la educación tiene dos fines “Por un lado formar la inteligencia, por otro lado, preparar al ciudadano y ser humano” (Rusell, 1969), de esta forma, el trabajador social además de fortalecer lo explicado por las áreas de salud en cuanto al cuidado, podría además atender, dinamizar, remover ciertos obstáculos que tienen relación con la salud emocional del paciente, para de esta forma contribuir al buen desarrollo de su proceso terapéutico.
- Fortalecimiento de habilidades emocionales: Aunque en la educación para la salud se maneje más los temas en referencia a los estilos de vida, en este punto el trabajador social se constituye en un elemento fundamental para trabajar todo en cuanto a la aceptación de la enfermedad se refiere, así pues, cuando el paciente presente algún tipo de angustia o reacción desfavorable frente a su proceso de tratamiento, además de estar en desacuerdo con su condición de “enfermo”, la intervención del trabajador social podría estar dirigida a la construcción de habilidades emocionales que le permitan al paciente afrontar aspectos como éste.

- Resiliencia: Más que el paciente no se perciba como enfermo es tratar de que este vea a su enfermedad como una oportunidad de vida, que le permitirá mejorar ciertos aspectos de su vida que quizás necesitaban un manejo más cuidadoso por parte del paciente.
- Apoyo grupal y fortalecimiento de redes de apoyo: Es importante resaltar el valor que tiene tanto para los pacientes que padecen estas enfermedades como dificultades de algún otro tipo, el contar con algún tipo de apoyo. Para ello los grupos de apoyo se convierten en una herramienta para beneficiar y dinamizar procesos, dentro de los programas de prevención y control se llevan a cabo charlas grupales, sin embargo, estas no trascienden más allá de brindar indicaciones sobre el manejo de la enfermedad, como el aplicarse correctamente la insulina(para quienes lo necesitan), aprender a tomar la presión arterial, o cómo llevar una dieta saludable. Algunos y algunas de los pacientes manifiestan la necesidad de conversar con otras personas experiencias acerca de su proceso de enfermar y de tratamiento, dado que, un grupo de apoyo es:

“Un Grupo pequeño, formado por sujetos voluntarios, cuyo objetivo es la ayuda mutua para conseguir un fin determinado. Suelen estar formados por personas que comparten algún tipo de problema que altera algún aspecto de su funcionamiento normal, por lo que suelen ser grupos centrados en un problema y en los que se intercambian distintos recursos y tipos de apoyo. Ofrecen nuevos lazos sociales, que bien sustituyen a los recursos naturales o bien compensan sus deficiencias en provisiones psicosociales, con personas que tienen problemas o experiencias comunes a las suyas.” (Katz et al, 1976:267)

Así pues, el Trabajador Social puede aportar en el direccionamiento del componente educativo de los programas. Por ejemplo: a nivel individual, familiar y social.

- El Trabajador social o profesional encargado del ámbito psicosocial, debe realizar un seguimiento individual a pacientes en conjunto con las demás áreas y así mismo, trabajar con el equipo interdisciplinar en el fortalecimiento de la relación profesional-paciente, considerando también el aspecto emocional de los profesionales involucrados en la atención de los pacientes pertenecientes a los programas de prevención y control.
- Involucrar a la familia del paciente durante el proceso de tratamiento, y así mismo tratar de generar una red de apoyo en caso de que éste no la tenga dentro de su familia directa, lo anterior con el fin de aportar una ayuda verdadera al paciente.
- Profundizar en el conocimiento de la situación social y económica de los pacientes, de tal forma que, si existe una dificultad, puedan actuar como intermediarios ante funcionarios de bienestar social.
- Formar grupos de apoyo que permita a los pacientes brindar más recursos emocionales. Poder expresar sus sentimientos, experiencias y expectativas frente a la enfermedad. Re significar a la enfermedad, comprender a partir de la experiencia de otros que se puede llevar una vida normal, siempre y cuando se den los cuidados necesarios y cada paciente se preocupe por sí mismo.
- Es importante que el Trabajador Social en conjunto con los profesionales que integran los programas, realice campañas preventivas sobre la diabetes e hipertensión, de tal manera que asegure el acceso a la información a la población en general, tanto quienes se encuentran

adscritos a las IPS como quienes no. Lo anterior con el fin de generar conciencia en la población alrededor de estas enfermedades.

- Realizar actividades de amplificación: talleres, formación de líderes comunitarios, charlas informativas y socioeducativas sobre diabetes e hipertensión en organizaciones de la sociedad e instituciones (escuelas, fundaciones, hogares geriátricos, centros comunales, etc).

En conclusión, es mucho lo que puede aportar el Trabajador Social en este campo, no obstante, la decisión sobre qué aspecto atender primero está en la perspectiva del profesional. Desde el Trabajo Social podemos suscitar y construir espacios de promoción y prevención, donde el compartir creencias, contribuya a la desmitificación sobre diferentes aspectos de esta problemática, y se le brinde protagonismo de todos los sujetos que se encuentran conviviendo con estas enfermedades y trabajando en torno a la mismas.

11. BIBLIOGRAFÍA

Aritzeta, Aristor y Ayestaran, Sabino (2003) *Utilidad de los Equipos de Trabajo para incrementar la participación, autogestión, interdependencia, satisfacción e integración de conductas cooperativas y competitivas*. España: Universidad del país vasco

Bowlby, Jhon (2012) *Attachment and loss*, U.S.A: Basic Books

Blumer, Herbert (1969) *Symbolic interactionism: Perspective and method*. Nueva Jersey: Prentice Hall

Casamayor, Adriana (2008). *Discapacidad mental en la infancia. Trabajo social y juego con las familias*. 1ed. Buenos aires: Espacio Editorial.

Giddens, Anthony (1989). *Sociología*. Madrid: Alianza Editorial

Goffman, Erving (1961). *Encounters: two studies in the sociology of interaction*. Universidad de California.

González de Mestré, Assumpció (2014) *.La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: de paciente pasivo a paciente activo* .España: Elsevier

Hernández, Sampieri (1994), *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

Katz, Alfred y Bender, Eugene (1976): *Self-help groups in western society: History and prospects*. Journal of Applied Behavioural Science.

Linton, R (1936). Status y rol. En: *The study of man*. New York: Appleton Century

Mead, George (1934). *Mind, Self and Society*. U.S.A: Universidad de Chicago

Merton, Robert (1968). *Social theory & social structure*. New York: The free press

Navarro, María (2009). *Pacientes especialistas: ¿Por qué se ha de formar a los pacientes*. Jano: Medicina y humanidades.

Oblitas, Luis (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Guadalupe: Thomson

Parsons, Talcott (1951). *El sistema social*. España: Alianza editorial

Puente, Federico (1985). *Adherencia terapéutica: implicaciones para México*. México: Consejo regional latinoamericano de salud mental

Russell, Bertrand (1969). *La perspectiva científica*. Barcelona. Ariel

Secord, Paul & Backman, Carl (1976). *Psicología social*. México: Mac Graw Hill

Weber, Max (1964) *Economía y sociedad*. Fondo de cultura económica

Zeballos, Oscar; Morey-Vargas, Brito y Montoi, Juan (S.A.) *toma de decisiones compartidas y medicina mínimamente impertinente en el manejo de las enfermedades crónicas. Enfermedades crónicas no transmisibles*. Perú.

TESIS

Gómez, Oscar F (2011) *Factores relacionados con la adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial asistentes al programa institucional del hospital local del municipio de Suárez - Cauca, 2008-2010*. Tesis para optar al título Magister en Salud Pública. Facultad de Salud, Universidad del Valle.

Gómez, Sheila. "Trayectorias de vida, estilos de vida y representaciones de personas diagnosticadas con enfermedad crónica no transmisible -ECNT-: diabetes e hipertensión en la ciudad de Cali (2010) "Facultad de humanidades, Universidad del valle

REVISTAS

Achury-Saldaña, Diana; Rodríguez, Sandra y Achury-Beltrán, Liliana, Padilla, Martha. (2013). Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Aquichan*. Vol. 13, No. 3.pp 363-372.

Vega , Angarita , Gonzales,Eliana.(2009) .El apoyo social. *Enfermería global*; Vol.15,No.16.pp 4-16.

CIBERGRAFÍA

Asociación Colombiana de diabetes (2008). *Cifras sobre diabetes e hipertensión*. Consultado el día 25 de mayo de 2014, en <http://www.asodiabetes.org/>

Cali saludable (2012). *Panorama de diabetes e hipertensión en Cali*. Consultado el día 25 de mayo de 2014, en <http://calisaludable.cali.gov.co/home/inicio.php>

Centro de humanización de la salud, España, memoria 2005. consultado el día 23 de abril de 2015, en: <http://es.slideshare.net/moisessalfonsopereaaarias/humanizacin-en-salud-14318791>

Ley 100 de 1993 (2015). Consultado el día 25 de mayo de 2014, en <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

Martin, Libertad (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica [versión electrónica] Rev Cubana Salud Pública, 30, (4) Revista nacional de salud pública. Consultado el día 25 de abril, en http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/acerca_del_concepto_de_adherencia_terapeutica.pdf

Mayring, P. (2000) Qualitative content analysis. Forum qualitative social research, 1(2) consultado el día 10 de octubre de 2014, en: <http://qualitative-research.net/fqs/e/2-00inhalt-e.html>

Martin, R (S.A). *Estadística y metodología de la investigación*, consultado el día 28 de mayo de 2014, en <file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/AN%C3%81LISIS%20DE%20CONTENIDO.pdf>

Ministerio de salud (2014). *Régimen contributivo y régimen subsidiado*, consultado el día 28 de mayo de 2014, en <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx>,

Bendapui, Maria et Al, (2006). La conducta medica ideal según los pacientes[versión electrónica]. *Diario Médico*, consultado el día 23 de abril de 2015, en <http://www.condignidad.org/la-conducta-mca-ideal-segos-pacientes.html>

Perlata, Maria y Carvajal, Patricia (2008). Adherencia al tratamiento [versión electrónica]. *Medigraphic*. consultado el día 12 de febrero de 2015, en <http://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2008/cd083b.pdf>

Ramos, Claudia (2008) *percepción de las relaciones medico paciente por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina*. [versión electrónica] Facultad de Medicina Vol. 69 núm. 9. Consultado el día 23 de abril de 2015, en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37911588003>

Resolución 5261 de 1994 (2010) consultado el día 17 de marzo de 2015, en <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf>